

CERERE DETAȘARE

PLECARE din Centrul Universitar

Subsemnatul(a),
medic/medic stomatolg/farmacist primar/specialist în specialitatea
....., conform ordinului MS nr din
data, înscris(ă) **în cea de a doua specialitate în regim cu taxă** în specialitatea
....., în anul,
în Centrul Universitar, vă rog să binevoiți a-mi aproba efectuarea **stagiului**
....., din curriculum de pregătire
în specialitate, **în perioada**
în unitatea sanitară
secția / secția clinică

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului/Doamnei Prof. univ. / Conf. univ. / Șef lucr. dr.