

## **C E R E R E**

Subsemnatul(a) .....,  
medic/medic stomatolog/farmacist rezident CPV în specialitatea .....,  
....., în anul ....., în Centrul  
Universitar....., vă rog să binevoiți a-mi aproba **recunoașterea** din  
rezidențiatul anterior .....,  
a următoarelor stagii\* efectuate:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Anexez:

- copia carnetului de rezident din vechiul rezidențiat;
- copie document schimbare nume ( dacă este cazul);
- copie carte de identitate/pașaport.

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului/Doamnei Prof. dr. /Conf. dr. /Șef lucrări dr. ....

\*se vor menționa stagiile conform duratei și denumirii din noua specialitate.