



UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” DIN GALAȚI

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Galați, Al. I. Cuza, 35, 800010

Tel. 0336.130217

www.fmfgl.ro

Nr. înreg. _____/_____

C E R E R E

Subsemnatul(a) dr
medic/medic stomatolog/farmacist, absolvent al Universității
Facultatea, cetățean străin cu domiciliul
în țara, vă rog să-mi aprobați **înscrierea** la
rezidențiat în specialitatea
în Centrul Universitar.....

telefon

e-mail

Anexez:

- Copie carte identitate/pașaport;
- Copie acordul coordonatorului de rezidențiat;
- Copie xerox diplomă medic/farmacist (licență);
- Copie xerox a certificatului de liberă practică sau a certificatului de membru al colegiului de profil vizat pentru anul în curs;

Data

.....

Semnătura

.....