

## 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 **efectuarea stagiului** de .....,  
....., din curricula de pregătire în specialitate, în  
perioada .....,  
la Spitalul .....,  
în secția / secția clinică.....

Data

.....

Semnătura

.....

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