



Nr. înreg. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## CERERE DETAȘARE

Subsemnatul(a) ..... ,  
medic/medic stomatolog/farmacist rezident CPV în specialitatea .....  
....., în anul ....., în Centrul Universitar ..... ,  
vă rog să binevoiți a-mi aproba **DETAȘAREA** din Centrul Universitar ..... în  
Centrul Universitar ..... , pentru modulul/modulele .....  
..... ,  
din curriculum de pregătire în specialitate, în perioada ..... ,  
în unitatea sanitară ..... ,  
în secția/ secția clinică .....

Solicit aceasta din următoarele motive:

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

Anexez prezentei, următoarele acte justificative:

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

Data

.....

Semnătura

.....