



Nr. înreg. _____/_____

CERERE

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:

- acordul de recunoaștere pentru fiecare stagi/modul din rezidențiatul anterior de către coordonatorul de rezidențiat;
- copia carnetului de rezident din vechiul rezidențiat;
- copie document schimbare nume (dacă este cazul);
- copie carte de identitate/pașaport.

Data

.....

Semnătura

.....

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