

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____,
confirmat medic*/farmacist* / specialist*/primar* prin ordinul MS
nr. ____/_____, în specialitatea **(prima specialitate)**
_____, cu finalizarea pregătirii în a doua specialitate la
data de ___/___/2017, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a titlului
de **medic*/farmacist* specialist în a doua**
specialitate _____, din sesiunea **18 octombrie 2017**.

Am efectuat pregătirea în cea de a doua specialitate prin:

1.** Programul de obținere a celei de a doua specialități, începând cu
data _____,

2.** Concurs rezidențiat, confirmat prin ordinul M.S. nr. ____/_____,
Centre universitare unde am efectuat
pregătirea: _____;

Solicit susținerea examenului în Centrul
universitar _____;

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ _____;

C.N.P. _____,

Telefon de contact _____.

Data:

Semnătura

Doamnei director a Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică

Numele candidatului se va completa cu litere de tipar și diacritice, conform CI/BI

* Se va sublinia varianta corectă

** Se va încercui varianta corectă