



INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA

Pag. 1 / 1

APROB
Rector

_____ Ion Ababii

Stimate Domnule Rector,

Subsemnatul(a) _____,
rezident în anul _____, *gr.* _____, *specializarea* _____
_____, *Catedra de* _____
_____ *solicit acordul Dumneavoastră privind*

Anexă: _____
(după caz)

_____ data

_____ semnătura

Dlui Ion Ababii,
rector IP USMF „Nicolae Testemițanu”,
profesor universitar, dr. hab. șt. med.,
academician al AȘM

COORDONAT

Șef catedră

Responsabil instituțional
la baza clinică de rezidențiat

Decan