



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

Pag. 1 / 1

APROB  
Rector

\_\_\_\_\_ Ion Ababii  
\_\_\_\_\_

*Stimate Doamnăle Rector,*

*Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,*  
*rezident/secundar clinic în anul \_\_\_\_\_, gr. \_\_\_\_\_, specializarea \_\_\_\_\_*  
*\_\_\_\_\_, Catedra de \_\_\_\_\_*  
*\_\_\_\_\_ solicit acordul Dumneavoastră privind*

*Anex : \_\_\_\_\_*  
*(după caz)*

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ semn tura

Dlul Ion Ababii,  
rector IP USMF „Nicolae Testemițanu”,  
profesor universitar, dr. hab. t. med.,  
academician al A M

COORDONAT

ef catedr

Decan