



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) _____,
student în anul _____, gr. _____, Facultatea de _____,
solicit acordul Dumneavoastră privind _____

Anex : _____
(după caz)

_____ data

_____ semn tura

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

COORDONAT
Decan