



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

Pag. 1 / 1

APROB
Prim-prorector

_____ Olga Cernetchi

Stimată Doamnă Prim-prorector,

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

Anexă: _____
(după caz)

data

semnătura

nr. de telefon

Dnei Olga Cernetchi, prim-prorector,
prorector pentru activitate didactică și
management academic
al IP USMF „Nicolae Testemițanu”,
dr. hab. șt. med., profesor universitar

COORDONAT
Șef catedră

Responsabil instituțional
la baza clinică de rezidențiat

Decan