



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

Pag. 1 / 1

APROB
Rector

_____ Emil Ceban

Stimate Domnule Rector,

Subsemnatul(a) _____,
student(ă) anul _____ grupa _____ Facultatea de _____,
solicit permisiunea Dumneavoastră _____

Data

Semnătura

Dlui Emil Ceban,
rector al USMF „Nicolae Testemițanu”,
dr. hab. șt. med., profesor universitar

COORDONAT

Decan _____