



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

Pag. 1 / 1

APROB  
Rector

\_\_\_\_\_ Emil Ceban

*Stimate Domnule Rector,*

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

*Anexă: \_\_\_\_\_*  
*(după caz)*

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ semnătura

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

COORDONAT

Șef catedră

Responsabil instituțional  
la baza clinică de rezidențiat

Decan