



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. _____, specialitatea _____

_____, Catedra de _____

_____ solicit acordul Dumneavoastră privind

Anexă: _____

(după caz)

_____ data

_____ semnătura

_____ nr. de telefon

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

COORDONAT

Șef catedră

Responsabil instituțional
la baza clinică de rezidențiat

Decan