



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

CERERE PENTRU DEPLASARE
(MEDICI-REZIDENȚI/SECUNDARI CLINICI)

Pag. 1 / 1

APROB
Rector

_____ Emil Ceban

Stimate Domnule Rector,

Subsemnatul(a) _____,
medic-rezident/secundar clinic în a. _____, specializarea _____
_____, conducător _____,
solicit acordul Dumneavoastră privind deplasarea în _____
_____, cu scopul de a participa la _____

Perioada deplasării: _____.

Cheltuielile pentru deplasare: _____
_____ vor fi acoperite din contul _____.

Beneficiar de bursă de studii: _____.
(indicați da sau nu)

Anexa: _____
(obligatoriu se anexează invitația și programul)

_____ data

_____ semnătura

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

COORDONAT

1. Șef catedră/conducător
2. Decan/prodecan
3. Economist-șef
4. Contabil-șef

Notă: Se va coordona obligatoriu cu Secția Economie și Contabilitatea, în caz dacă se solicită acoperirea cheltuielilor din contul Universității.