



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

Pag. 1 / 1

CERERE PENTRU DEPLASARE
(DOCTORANZI)

APROB
Rector

_____ Emil Ceban

Stimate Domnule Rector,

Subsemnatul (a) _____,
doctorand, anul _____, forma de învățământ _____,
în cadrul Centrului științific/Departamentului/Catedrei/Laboratorului _____

solicit acordul Dumneavoastră privind deplasarea în _____

cu scopul _____

Perioada deplasării: _____

Cheltuielile pentru deplasare: _____

(drumul tur-retur, cazarea, diurna)

_____ vor fi acoperite din contul _____

Anexă: _____

(obligatoriu se anexează invitația și programul)

_____ data

_____ semnătura

_____ Telefon de contact

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

COORDONAT

1. Conducător științific
2. Șef catedră/șef subdiviziune
3. Director Școala doctorală
4. Economist-șef

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