



**Aviz coordonator
program de rezidențiat**

**C E R E R E
SCHIMBARE SPECIALITATE**

Subsemnatul (a) ,
medic/ medic stomatolog/ farmacist rezident în Centrul Universitar Galați în specialitatea
.....
anul , vă rog să binevoiți a-mi aproba schimbarea schimbarea specialității actuale cu
specialitatea

Menționez că am obținut punctajul de la concursul de rezidențiat susținut
în anul , în cadrul căruia punctajul minim pe țară pentru specialitatea solicitată a fost
..... , iar punctajul minim pentru specialitatea solicitată în Centrul Universitar Galați a
fost

Solicit această schimbare din următoarele motive:

.....
.....
.....
.....

Data

Semnătura

Doamnei Director al Departamentului pentru Pregătirea în Rezidențiat,

Conf. univ. dr. Bogdan - Goroftei Roxana - Elena