



**Acord de primire
coordonator program de rezidențiat**

**C E R E R E
SCHIMBARE COORDONATOR**

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

Solicit această schimbare din următoarele motive:

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

Data

Semnătura

Doamnei Director al Departamentului pentru Pregătirea în Rezidențiat,

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