



Coordonator program de rezidențiat

Se aprobă / Nu se aprobă

C E R E R E
ROTAȚIE STAGIU

Subsemnatul (a) ,
medic/ medic stomatolog/ farmacist rezident în Centrul Universitar Galați în specialitatea
.....
anul , vă rog să binevoiți a-mi aproba efectuarea stagiului
..... din curriculum de pregătire în specialitate în
perioada , la Spitalul
..... , în secția

Data

Semnătura

Domnului/ Doamnei coordonator de program de rezidențiat,
Prof. univ. dr. / Conf. univ. dr. / Șef lucrări dr.