



Coordonator program de rezidențiat

Se aprobă / Nu se aprobă

C E R E R E

PRELUNGIRE PREGĂTIRE ÎN REZIDENȚIAT

Subsemnatul (a) ,
medic/ medic stomatolog/ farmacist rezident în specialitatea
..... în anul în Centrul Universitar Galați,
vă rog să binevoiți a-mi aproba prelungirea pregătirii în rezidențiat până la data de
..... , din următoarele motive:

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

telefon

e-mail

Data

Semnătura

Doamnei Director al Departamentului pentru pregătirea în rezidențiat,

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