



Coordonator program de rezidențiat

Se aprobă / Nu se aprobă

C E R E R E

ÎNTRERUPERE 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 întreruperea pregătirii în rezidențiat cu suspendarea
drepturilor salariale în perioada , din următoarele
motive:

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

Telefon

e-mail

Anexez:

- Copia cărții de identitate
- Copia carnetului de rezident
- Aprobarea concediului fără plată de către spitalul angajator

Data

Semnătura

Doamnei Director al Departamentului pentru Pregătirea în Rezidențiat,

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