



Coordonator program de rezidențiat

Se aprobă / Nu se aprobă

C E R E R E
RECUNOAȘTERE STAGII

Subsemnatul (a) ,
medic/ medic stomatolog/ farmacist rezident în specialitatea
..... în anul în Centrul Universitar Galați,
vă rog să binevoiți a-mi aproba recunoașterea următoarelor stagii efectuate în
rezidențiatul anterior:

Nr. crt.	Denumirea stagiului	Durata stagiului
1.		
2.		
3.		
4.		

Anexez:

- Copia cărții de identitate
- Copia carnetului actual de rezident
- Copia carnetului de rezident din rezidențiatul anterior
- Copia documentului care atestă schimbarea numelui (dacă este cazul)

Data

Semnătura

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