



Coordonator program de rezidențiat

Se aprobă / Nu se aprobă

CERERE DE DETAȘARE

PLECARE din Centrul Universitar Galați

Subsemnatul (a) ,
medic/ medic stomatolog/ farmacist rezident în specialitatea
..... în anul în Centrul Universitar Galați,
vă rog să binevoiți a-mi aproba efectuarea modulului
..... din curriculum de pregătire în specialitate în Centrul
Universitar , în unitatea sanitară
..... , în clinica/ secția clinică

Data

Semnătura

Domnului/ Doamnei coordonator de program de rezidențiat,

Prof. univ. dr. / Conf. univ. dr. / Șef lucrări dr.