

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____, născut(ă)
la data _____ în localitatea _____ județul _____,

- medic / medic dentist / farmacist*,
- având gradul profesional de: specialist / primar / fără grad profesional (ex: MG, D, F);

confirmat în specialitatea _____
prin Ordinul M.S. nr. _____ / _____, cu loc de muncă la ** _____
_____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la
examenul de obținere a atestatului de studii complementare în
_____,
din sesiunea 17 mai 2017, cu susținerea examenului în centrul universitar
_____.

Solicit transmiterea atestatului obținut la DSPJ _____.
CNP _____,
Telefon contact _____.

Data

Semnătura

Domnului director al Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică

Cererea se va completa cu litere de tipar și cu diacritice, conform CI/BI

* Se va încercui/sublinia varianta corectă a titlului de licență.

** Se va completa cu denumirea instituției /angajatorului sau F.P. pentru candidații care nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.