APROB

Rector

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emil Ceban

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stimate Domnule Rector,

Subsemnatul(a) *Nume Prenume*, *dr. hab./șt. med./farm., prof./conf. univ., șef Departament/ Disciplină/ Catedră de denumirea*, solicit permisiunea Dumneavoastră privind realizarea cursului de perfecționare/ specializarea *denumirea,* cu numărul de *000* ore/ credite, în afara planului aprobat, în perioada *00.00-00.00.0000.*

Beneficiari: pentru medici *specialitatea /*farmaciști/ specialiști cu studii superioare de licență.

Notă: (*anexă:* lista medicilor/farmaciștilor (după caz).

Cu respect,

Șef subdiviziune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /*Nume Prenume/*

*Data*

Dlui Emil Ceban,

rector al IP USMF „Nicolae Testemiţanu”,

profesor universitar, dr. hab. șt. med.

Coordonat:

Stela Adauji, șef DEMC,

conferențiar universitar, dr. hab. șt. farm.

*Anexa*

Lista medicilor/farmaciștilor

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Numele, prenumele** | **Specialitatea obținută prin rezidențiat, anul** | **Funcția** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |