

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cadru didactic / asistent cercetare încadrat la \_\_\_\_\_, confirmat prin Ordinul MS nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ medic/ medic dentist/farmacist rezident în specialitatea \_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a titlului de specialist din sesiunea 16 octombrie 2014.

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar \_\_\_\_\_.

Centre universitare unde am efectuat pregătirea: \_\_\_\_\_

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ \_\_\_\_\_.

C.N.P. \_\_\_\_\_

Telefon de contact \_\_\_\_\_.

Data:

Semnătura:

**Domnului director al Direcției Generale Resurse Umane,  
Juridic și Contencios**