



**Ministerul Educației Naționale  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
DIN CRAIOVA**



**RECTORAT**

---

Nr. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**RECTOR**

**CERERE TRANSFER**

Subsemnatul(a) ....., medic rezident în specialitatea ....., în anul ....., în Centrul Universitar ....., angajat(a) la .....  
vă rog să binevoiți a-mi aproba **TRANSFERUL** din Centrul Universitar .....  
în Centrul Universitar .....

Solicit aceasta din următoarele motive:

- .....
- .....
- .....

Anexez prezentei, următoarele acte justificative:

- .....
- .....
- .....

Data

SEMĂTURĂ REZIDENT

**ACORD COORDONATOR REZIDENȚIAT**  
(semnătură și parafă)

---

**Strada Petru Rareș, Nr.2, Craiova, România  
Telefon: +40351 443 551**