

**DOAMNĂ 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 16 mai 2018, cu susținerea examenului în centrul universitar  
\_\_\_\_\_.

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

CNP \_\_\_\_\_,

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

Email \_\_\_\_\_.

Data

Semnătura

**Doamnei director a 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.