

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____
medic _____
domiciliat(ă) în _____
telefon fix (mobil) _____
e-mail _____

va rog să-mi aprobați eliberarea certificatului/certificatelor de medic specialist și/sau medic primar în format nou cu timbru sec.

Am susținut examenul de _____
în specialitatea _____
în sesiunea _____ în centrul universitar _____
și sunt confirmat specialist prin OMS nr. _____ din anul _____

Am susținut examenul de _____
în specialitatea _____
în sesiunea _____ în centrul universitar _____
și sunt confirmat specialist prin OMS nr. _____ din anul _____

Am susținut examenul de _____
în specialitatea _____
în sesiunea _____ în centrul universitar _____
și sunt confirmat medic primar prin OMS nr. _____ din anul _____

Am susținut examenul de _____
în specialitatea _____
în sesiunea _____ în centrul universitar _____
și sunt confirmat medic primar prin OMS nr. _____ din anul _____

Solicit ca documentele să-mi fie trimise la Direcția de Sănătate Publică Neamț.

Anexez următoarele documente:

1. copia actului de identitate,
2. copie documente de schimbare a numelui (dacă este cazul),
3. _____,
4. _____,
5. _____

Data

Semnătura