



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI
UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ

Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257

www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro



NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

CERERE
EFFECTUARE MODUL /STAGIU PREGĂTIRE

APROBAT
Manager

CERERE

Subsemnatul(a),.....,
angajat la spitalul.....
cod rezident,, rezident/specialist (care efectueaza rezidentiatul cu plata)
în anul de rezidențiat..... în specialitatea, vă rog să
binevoii a-mi aproba efectuarea modului de pregătire în specialitatea
....., din curricula de pregătire, în perioada
....., sub coordonarea și îndrumarea
Dl./Dna.în secția clinică/laboratorul/serviciul
medical clinică, din Spitalul
.....

Date de contact – **Nr. telefon**

E-mail:

Data

Semnătura

De acord,
Medic sef sectie/laborator
Prof. univ./Conf. univ./Șef lucrări
.....

Avizat,
Coodonator program de rezidentiat
Prof. univ./Conf. univ./Șef lucrări
.....