

Domnule Rector,

Subsemnatul(a) dr. _____

CNP _____, telefon _____

medic specialist / primar în specialitatea _____

Grad didactic _____

La disciplina _____

Facultatea _____

Loc de muncă _____

Vă rog să-mi eliberați avizul necesar înscrierii la programul de pregătire în cea de a
2a specialitate _____

Sub coordonarea _____

Data,

Semnătura,

Domnului Rector al Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din
București