**Către,**

 **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul(a) ( cu inițiala tatălui ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

medic resident, confirmat prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în specialitatea

**ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ,**

cu finalizarea pregătirii la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

aflat în pregatire la **primul rezidențiat prin concurs**,

Vă rog sa-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a titlului de specialist din sesiunea **16 septembrie 2017.**

Centre universitare unde am efectuat pregatirea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Locul de muncă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Solicit transmiterea certificatului obtinut la DSPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Cluj-Napoca

Data: Semnatura:

**NOTĂ : Cererea** se va completa **cu litere de tipar și cu diacritice**, conform CI/ BI