**DOMNULE RECTOR,**

SUBSEMNATUL(A) DR. ………………………………………………………………………………………………………………………

CNP ……………………………………………………., TELEFON ………………………………., MEDIC REZIDENT ANUL ……

ÎN SPECIALITATEA ……………………………………………………………………………………..………………….., ÎN CENTRUL UNIVERSITAR ………………….……………………………………………….,

VĂ ROG SĂ ÎMI APROBAȚI **DETAȘAREA** ÎN PERIOADA ……………………………………………………… DIN CENTRUL UNIVERSITAR ……………………….……….…….

ÎN CENTRUL UNIVERSITAR …………………………………………………………………………………………………………………..

DATA SEMNĂTURA

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