

DOMNUL RECTOR,

Subsemnatul(a) dr.....,
CNP....., telefon, medic rezident
anulîn specialitatea.....vă rog
să-mi aprobați schimbarea centrului de pregătire din centrul universitar
..... în centrul universitar.....,
sub coordonarea

Data,

Semnătura,

Domnului Rector al Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București