|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUŢIA PUBLICĂ**  **UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE**  **”NICOLAE TESTEMIŢANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**  ***CERERE PRIVIND CERTIFICAREA NIVELULUI***  ***DE CUNOAȘTERE A LIMBILOR STRĂINE*** | **Pag. 1 / 1** |
| APROB  Rector  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emil Ceban  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Stimate Domnule Rector,*  *Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  *angajat(ă) de bază în funcția \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  *la catedra (subdiviziunea) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  *solicit permisiunea Dumneavoastră privind admiterea la examenul de acordare a*  *dreptului de a preda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *în limba\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nivelul de referinţă (B2, C1, C2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*    *Telefon de contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    data semnătura  Dlui Emil Ceban,  rector IP USMF „Nicolae Testemiţanu”,  profesor universitar, doctor habilitat  COORDONAT   1. Decan/şef catedră/şef subdiviziune 2. Prorector pentru relații internaționale | | |