|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 semnăturaDlui Emil Ceban, rector IP USMF „Nicolae Testemiţanu”,profesor universitar, doctor habilitat COORDONAT1. Decan/şef catedră/şef subdiviziune
 |