|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUŢIA PUBLICĂ****UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE****”NICOLAE TESTEMIŢANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA*****CERERE PRIVIND ÎNSCRIEREA LA CURSURILE DE LIMBI 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 înscrierea la cursurile de limba engleză,**nivelul (debutant, preintermediar, intermediar, pregătirea pentru examen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**Telefon de contact, email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Data semnăturaDlui Emil Ceban,rector IP USMF „Nicolae Testemiţanu”, profesor universitar, dr. hab. șt. med.COORDONATȘef catedră/şef subdiviziune |