|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 semnătura  Dlui Emil Ceban,  rector IP USMF „Nicolae Testemiţanu”, profesor universitar, dr. hab. șt. med.  COORDONAT  Șef catedră/şef subdiviziune | | |