|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 privind admiterea la examenul de certificare a nivelului de*  *cunoaștere a limbii engleze / franceze (de subliniat)*  *Nivelul de referinţă ( B2, C1, C2 ) (de subliniat)*  *Telefon de contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    data semnătura  Dlui Emil Ceban,  rector USMF „Nicolae Testemiţanu”, profesor universitar, dr. hab. șt. med.,  COORDONAT  Șef departament / catedră / disciplină  Șef Departamentul Resurse Umane | | |