|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 semnăturaDlui Emil Ceban,rector USMF „Nicolae Testemiţanu”, profesor universitar, dr. hab. șt. med., COORDONAT Șef departament / catedră / disciplină  Șef Departamentul Resurse Umane |