



INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”
C E R E R E
PENTRU ELIBERAREA ADEVERINȚEI

Subsemnatul(a) _____

angajat(ă) / fost angajat(ă) în funcția de _____

catedra/subdiviziunea _____

*solicit eliberarea certificatului de confirmare a activității și/sau a informației suplimentare
privind* _____

_____ data

_____ semnătura

Dlui Oleg Galbur,
Șef Departament Resurse Umane