UNITATEA SANITARĂ........................................................................

Nr......................din...............................2025

**RECOMANDARE**

D-l/d-na dr. .........................................................., aflat(ă) în ultimul an de pregătire în rezidențiat / în cea de-a doua specialitate în regim cu taxă, în specialitatea ....................................................................., cu pregătire în Centrul Universitar Oradea, cu încheierea pregătirii la data de......................... se poate prezenta la examenul pentru obținerea titlului de medic/farmacist specialist din **sesiunea 26 martie 2025**, având în vedere cunoștințele teoretice și practice acumulate prin parcurgerea stagiilor conform curriculei aprobate, urmând ca după examen să-și finalizeze pregătirea pentru a putea fi confirmat(ă) ca medic specialist/ medic stomatolog specialist/ farmacist specialist.

 La data eliberării prezentei mai are următoarele stagii care urmează a fi efectuate:

Denumirea stagiului Perioada stagiului

1. ................................................................ .......................................
2. ................................................................ .......................................
3. ................................................................ ......................................

 **MANAGER COORDONATOR PREGĂTIRE,**

 **NUME, PRENUME NUME, PRENUME**

 ................................................. ..............................................

 (semnătura și ștampila unității) (semnătură și parafă)

 .................................................. ...............................................