

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

**CĂTRE,**

Facultatea de Medicină

Subsemnatul \_\_\_\_\_, student(a) la Facultatea de  
\_\_\_\_\_, programul de studiu \_\_\_\_\_,  
anul de studiu \_\_\_\_\_, grupa \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,  
vă rog să aprobați efectuarea stagiului de practică la Unitatea sanitară  
\_\_\_\_\_, din localitatea \_\_\_\_\_  
cu domeniul de activitate \_\_\_\_\_.

Coordonatele persoanei de contact din cadrul instituției sunt: (numele și prenumele/ adresa/ numărul de telefon/  
e-mail) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Student,