



Universitatea
Transilvania
din Braşov

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Str. Nicolae Bălcescu 56
500019 – Braşov
tel.: (+40) 711.977.995
rezidentiat@unitbv.ro | www.unitbv.ro/medicina

Avizul spitalului plătitor

.....
.....
Denumire unitate sanitară

CERERE DETAŞARE

-aviz unitate sanitară angajatoare-

PLECARE din Centrul Universitar _____

PRIMIRE în Centrul Universitar _____

Subsemnatul(a),

cod rezident....., rezident în specialitatea

.....
(specialitatea în care desfăşoară pregătirea)

vă rog să binevoiţi a-mi aviza cererea pentru a efectua prin detaşare **module de pregătire:**

Denumirea modulului de
pregătire

Perioada de
desfăşurare

Coordonator/unitate/secţie

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

Data

Semnătura

.....

.....