

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,