



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII  
**SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI**

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro  
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

**MANAGER**  
**Dr. Mihai GLOD**

**CERERE VALIDARE MODUL DE PREGĂTIRE**

Subsemnatul(a), ....., angajat la spitalul  
..... cod rezident .....,  
rezident/specialist (care efectuează rezidențiat cu plată), anul de rezidențiat ....., în specialitatea  
....., **vă rog să binevoiți a-mi aproba validarea modulului de pregătire în specialitatea**  
....., efectuat în perioada ....., în secția/secția clinică  
..... din structura Spitalului Clinic C.F. Iași.

**Anexez prezentei copia carnetului de rezident – prima pagină și pagina din care să rezulte finalizarea modulului de pregătire și a notei finale.**

Data

.....

Semnătura

.....

**AVIZ**

Prof. univ./conf. univ./șef lucrări dr.,

.....

Coordonator de program de rezidențiat