



INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

Pag. 1 / 1

APROB
Rector

_____ Emil Ceban

Stimate Domnule Rector,

Subsemnatul(a) _____,
student(ă) în anul _____, gr. _____, Facultatea de _____,
solicit acordul Dumneavoastră privind _____

Anexă: _____
(după caz)

_____ data

_____ semnătura

Dlui Emil Ceban,
rector al USMF „Nicolae Testemițanu”,
profesor universitar, dr. hab. șt. med.

COORDONAT
Decan