

Unitatea de încadrare

Adresa _____

Nr.înregistrare _____/data _____

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că **doamna/domnul dr.** _____ este încadrat/ă în unitatea noastră în funcția de medic/medic dentist/farmacist specialist, specialitatea _____, începând cu data de _____, desfășoară activitate în specialitate cu contract de munca pe perioadă ne/determinată, cu norma întreaga 7 ore/zi (sau fracție de norma , situație în care se va menționa nr. de ore/zi sau săptămână) .

Prin Ordinul M.S. nr. _____/_____, a fost confirmat/ă medic/medic dentist/farmacist specialist în specialitatea _____

Menționăm că are o vechime în specialitatea _____, de 5 ani la data de _____, iar la data de 31.12.2021 va avea o vechime de _____.

S-a eliberat prezenta adeverință pentru a-i servi pentru înscrierea la examenul de obținere a gradului de medic/medic dentist/farmacist primar din sesiunea 17 iunie 2021.

Reprezentant legal

Nume, prenume

Semnatura

Stampila

