

Stimate Domnule Decan,

Subsemnatul/Subsemnata _____

medic Rezident/Specialist/Primar în specialitatea _____

vă rog a-mi aproba prezenta cerere prin care solicit înscrierea la cursul post-universitar intitulat: *Genetica Medicală clinică și de laborator în practica medicală curentă*, desfășurat în cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Craiova.

Perioada de desfășurare a cursului: 09-27.11.2015

Data

Semnătura

Domnului Decan al Facultății de Medicină – UMF Craiova