

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BRĂILA

Nr. data

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnata(ul) _____, farmacist,
promoția _____ domiciliat(ă) în _____
tel _____, e-mail _____ vă rog să binevoiți a-mi aproba
eliberarea certificatului care atestă formarea în profesia de farmacist/ care atestă drepturi câștigate (promoții
anterioare anului 2008)

Solicit transmiterea acestui certificat la D.S.P. Brăila.

Anexez următoarele documente:

- copia actului de identitate;
- copia legalizată a diplomei de bacalaureat;
- copia legalizată a diplomei de farmacist;
- copia legalizată a foii matricole;
- adeverință eliberată de facultatea de farmacie absolvită în care se precizează perioada în care au fost efectuate studiile universitare;
- adeverință eliberată de angajator din care să rezulte experiența profesională;
- copia legalizată a documentelor de schimbare a numelui (dacă este cazul);

(data)

(semnătura)

**DIRECȚIA GENERALĂ RESURSE UMANE JURIDIC ȘI CONTENCIOS
SERVICIUL DE RECUNOASTERE A CALIFICĂRILOR PROFESIONALE**