Către

Conducerea Unității Medicale

………………………………………………………

Vă rugăm să fiți de acord ca studenta(ul) ………………………………………………………………, din anul………….., Programul de studii …………………………………………, Facultatea de Medicină din cadrul UMFST Târgu Mureș, să efectueze practica de specialitate în unitatea dumneavoastră, în perioada …………………………………………….., cu o activitate zilnică de …..ore (5 zile/săptămână), în conformitate și cu programul de lucru al unității.

Obiectivele care trebuie atinse în practica de specialitate sunt cuprinse în Programa Analitică anexată.

După terminarea practicii se va completa fișa de evaluare a studentului, în vederea depunerii ei împreună cu caietul de practică la susținerea colocviului/examenului.

Vă mulțumim pentru înțelegere și colaborare!

Decanatul Facultății de Medicină Dentară

L.S.