



FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
DEPARTAMENTUL MEDICINĂ DENTARĂ
Str. Ilarie Voronca nr. 7, Constanța, cod 90684
Telefon : 0241-545697, 0241-665727 | Fax : 0241-545697
E-mail: departamentfmdct@yahoo.com
Webpage: <http://md.univ-ovidius.ro>

CONVENȚIE – CADRU PRIVIND EFECTUAREA STAGIULUI DE PRACTICĂ MEDICINĂ DENTARĂ / TEHNICĂ DENTARĂ

PARTENER DE PRACTICĂ

Unitatea medicală/laborator tehnică dentară:.....

Adresă:

Reprezentată de:

Numele:Prenumele:.....

Calitatea:E-mail:Telefon:.....

Locația unde se desfășoară practica:

STUDENT PRACTICANT

Numele:Prenumele:.....

CNP Data nașteriiLocul nașterii

Cetățenie BI/CI/Pașaport Serie.....Nr.

E-mail:Telefon:.....

Adresa de contact (pe timpul desfășurării practicii)

....., înscris la Universitatea „Ovidius” din Constanța, Facultatea de Stomatologie,

Specializarea....., în anul universitar, grupa

DURATA ȘI PERIOADA DESFĂȘURĂRII STAGIULUI DE PRACTICĂ

Stagiul de practică va avea durata de 20 zile, începând cu data de 15.07.2024.

CADRUL DIDACTIC SUPERVIZOR DIN PARTEA FACULTĂȚII DE MEDICINĂ DENTARĂ – TUTORE DE PRACTICĂ

Numele:Prenumele:.....

Grad didactic:E-mail:Telefon:.....

DECAN,

REPREZENTANT
PARTENER DE PRACTICĂ,