

Unitatea Sanitară .....  
Județul .....

**PONTAJ**  
**Stagiu reatestare competență profesională**

Domnul/Doamna .....  
Data începerii stagiului practic .....  
Data finalizării stagiului practic .....

Nr. crt.	Luna	Ziua																Total ore/lună
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
...																		
<b>TOTAL ORE:</b>																		

Mentor: .....

Avizat  
Coordonator de stagiu,  
.....