|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rektorun dərkənarı** | | | | **AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ**  **REKTORUN ADINA ƏRİZƏ** | |
| **REZİDENTURA VƏ MAGİSTRATURA ŞÖBƏSİNƏ** | | **Tarix: ......../ ......./ 20.......**  **İmza:** | |
| ***Qeyd:*** *“Rektorun dərkənarı” bölməsinə heç bir dəyişiklik və əlavələr etmək olmaz!* | | | | | |
| **Rektor, professor Gəray Gəraybəyliyə**  **SİZDƏN MƏLUMATLARINI AŞAĞIDA QEYD ETDİYİM BEYNƏLXALQ ROTASİYADA İŞTİRAK ETMƏYİM ÜÇÜN İCAZƏ VERMƏYİNİZİ XAHİŞ EDİRƏM.** | | | | | |
| **Rezidentin soyadı, adı, ata adı**: | |  | | | |
| **Tarix: ......../ ......./ 20.......** | | | **Rezidentin imzası:** | | |
| **REZİDENT HAQQINDA MƏLUMAT** | | | | | |
| Təhsil aldığı kafedra və ya digər | |  | | | |
| Təhsil aldığı ixtisas və kurs | |  | | | |
| Əlaqə telefonu | |  | | | |
| E-mail ünvanı | |  | | | |
| **ROTASİYA HAQQINDA MƏLUMAT** | | | | | |
| Rotasiya keçdiyi müəssisə | |  | | | |
| Rotasiya keçdiyi bölmə  *(Azərbaycan dilində)* | |  | | | |
| Rotasiya keçdiyi ölkə və şəhər | |  | | | |
| Rotasiyanın başlama – bitmə tarixi | |  | | | |
| **TƏSDİQ / İMTİNA** | | | | | |
| **Kafedra (şöbə) müdiri**  ***(S.A.A.)*** | **Razıyam**  **Tarix: ......../ ......./ 20.......**  **İmza:** | | | | **Razı deyiləm**  **Tarix: ......../ ......./ 20.......**  **İmza:** |
| **Klinikanın direktoru**  ***(S.A.A.)*** | **Razıyam**  **Tarix: ......../ ......./ 20.......**  **İmza:** | | | | **Razı deyiləm**  **Tarix: ......../ ......./ 20.......**  **İmza:** |
| ***Qeyd: Kafedra (şöbə) müdiri və ya klinikanın direktoru razı olmadıqda, səbəbi Rektorun adına yazılı olaraq bildirilməlidir.*** | | | | | |