



unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC CONSILIUL LOCAL CAVNIC

ORAȘ CAVNIC, Strada Unirii nr.4, cod poștal 435300, Maramureș

Telefon 0262295012, fax 0262295785, email spitalcavnic1@gmail.com



CERERE

CĂTRE MANAGERUL SPITALULUI DE PSIHIATRIE CAVNIC

Prin prezenta vă rog să binevoiți a-mi aproba participarea la concursul organizat în data de
în vederea ocupării postului :

Funcția solicitată: _____

Data organizării concursului proba scrisă : _____

Data organizării concursului proba practică : _____

Numele și prenumele candidatului : _____

Datele de contact ale candidatului:

Adresa: Localitate _____

str. _____ nr. _____ apt. _____ Tel. _____

Email _____

Semnătură candidat

Data