



Str.Unirii Nr.4,Cavnic, Maramures Tel. 0262/295012, fax 0262/295785

e-mail: spitalcavnic1@gmail.com

Nr. din data de

CERERE

Concediu formare profesională(studii)

Subsemnatul/a _____ angajatul/a unitatii d-voastra in functia de _____, în cadrul _____, avand in vedere hotararea _____ din data de _____ privind participarea mea la _____ organizat de _____, prin prezenta vă rog să binevoiți a-mi aproba concediul de formare profesională in perioada _____

Vă mulțumesc

Semnătura