|  |  |
| --- | --- |
| **APROB** **Director al IMSP IMC****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Directorului IMSP IMCDlui Sergiu Gladun  |

 Subsemnatul (a) , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (numele, prenumele)

funcţia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

subdiviziune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

rog să-mi permiteți de a continua activitatea de muncă pe \_\_\_\_\_\_\_salariu în perioada concediului de maternitate începând cu data de \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_pînă la \_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, cu regim de muncă aprobat anterior / modificat în următoarele condiții: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Anexă: de la medicul de familie certificat confirmativ de acceptare pînă la ce dată se permite activititatea în timpul c/mat.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data semnătura

*COORDONAT:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Responsabil** | **Nume, prenume** | **Semnătura** | **Notă** |
| Şef subdiviziune |  |  |  |
| Asistentă superioară |  |  |  |
| Șef departament  |  |  |  |