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

**CERERE PRIVIND PRELUNGIREA**

 **CONCEDIULUI ANUAL**

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

 (numele, prenumele)

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

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

rog să-mi aprobaţi prelungirea/amînarea concediului de odihnă anual,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zile calendaristice, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (se indică perioada: imedit după finisare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 concediului medical sau pînă la finele anului calendaristic)

în legătură cu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (suprapunerea cu concediu medical nr.:, etc)

cu începere de la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Întru confirmarea celor menționate mai sus, anexez documentele relevante.

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

 data semnătura

*COORDONAT:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Responsabil** | **Nume, prenume** | **Semnătura** | **Notă** |
| Şef subdiviziune |  |  |  |
| Asistenta medicală principală/moaşă principală |  |  |  |
| Şef Depatament |  |  |  |
| Vicedirector medical |  |  |  |