

C E R E R E

Subsemnatul(a) _____
angajat(ă) în funcție de _____
subdiviziunea _____

În legătură cu faptul că în anul _____ îmi expiră categoria de calificare și
nu am acumulat numărul necesar de credite, solicit permisiunea Dumneavoastră de
a participa la un curs de formare profesională continuă cu tematica

care se va desfășura în cadrul _____
în perioada _____ 20____ - _____ 20____.

Anexă: 1. Copia Certificatului de conferire a categoriei de calificare;

2. Copia Certificatului de perfecționare continuă în domeniul medical.

Telefon _____

Adresa de e-mail _____

_____ data

_____ semnătura

Coordonat:	Vicedirector / Șef regional AMU	Șef subdiviziune		
Nume Prenume				
Semnătura				
Mențiuni				