Directorului IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească

CERERE CONCEDIU DE ODIHNĂ ANUAL

Subsemnatul (a) _____

angajat (ă) în funcția de_____

subdiviziunea_____

solicit respectuos acordarea concediului de odihnă anual cu o durată de _____zile calendaristice, începând cu data _____20___.

Telefon _____

Luna pentru care a fost programat concediul de odihnă anual	_____20___
Motivul solicitării concediului de odihnă anual în afara programării	

_____ _____

Data Semnătura

Coordonat:

_____ _____ _____

Funcția Semnătura Numele, prenumele

_____ _____ _____

Funcția Semnătura Numele, prenumele