Directorului IMSP Centrul de Sănătate Dubăsari
Dnei Liliana PETICĂ

CERERE

Subsemnatul(a) _____,
angajat(ă) în funcţia de _____,
subdiviziunea _____,
rog să îmi permiteți cumularea funcției de _____,
la subdiviziunea _____ pe
perioada _____,
începând cu data de _____.

_____ _____
Data *Semnătura*

Coordonat: _____ _____ _____
(Nume / Prenume) *(Funcția)* *(Semnătura)*