Directorului IMSP Centrul de Sănătate Dubăsari
Dnei Liliana PETICĂ

CERERE

Subsemnatul (a) _____,

angajat(ă) în funcţia de _____,

secția/serviciul _____,

rog să-mi aprobați prelungirea / amînarea concediului de odihnă anual concediului de odihnă în număr de _____zile calendaristice, în legătură cu suprapunerea concediului medical conform certificatului medical cu numărul unic al certificatului _____ cu începere de la data de _____.

La cerere anexez certificatul medical .

_____ _____
Data Semnătura

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