Directorului IMSP Centrul de Sănătate Dubăsari
Dnei Liliana PETICĂ

CERERE

Subsemnatul(a) _____, angajat(ă) în funcţia de

_____,

subdiviziunea _____ ____,

rog să îmi aprobați întreruperea concediul neplătit și revenirea la locul de muncă anterior termenului declarat iniţial, începînd cu data de_____.

_____ _____

Data *Semnătura*

Coordonat: _____ _____ _____

(Nume / Prenume) *(Funcția)* *(Semnătura)*