

SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE IASI



CF:4541092, Iasi, Strada Pantelimon Halipa, nr. 14
Cont Trezorerie:RO27TREZ40621F330800XXX
Telefon : 0232 / 266044; Fax : 0232 / 252030
Email: secretariat@scr.ro; www.scr.ro
Operator de date cu caracter personal nr. 17761

PO 109-10 F2

**SE APROBA,
MANAGER,**

Ec. Carmen Marinela Cumpat

**SE APROBA,
SEF SECTIE, LABORATOR,
COMPARTIMENT, SERVICIU**

DOAMNA MANAGER,

Subsemnatul(a) _____ salariat(a) in cadrul
sectiei _____ (laborator, compartiment, serviciu),
_____ va rog sa-mi aprobati
efectuarea a _____ zile de concediu aferent anului 20____, in
perioada _____.

- NU solicit** plata in avans a drepturilor cuvenite pentru concediul de odihna.
- Solicit** plata in avans a drepturilor cuvenite pentru concediul de odihna

Data,

Semnatura,