

CERERE CONCEDIU MEDICAL

Subsemnatul(a) : _____

CNP : _____

Funcția / Postul : _____

Unitatea / Angajatorul : _____

Solicit concediu medical pentru perioada:

De la data: _____ Până la data: _____

Motivul concediului medical:

Motiv medical certificat prin certificatul de concediu medical eliberat de medicul curant, conform legislației în vigoare.

Date de contact:

Număr telefon: _____

Adresa de email: _____

Declar că am luat la cunoștință prevederile legale privind concediile medicale și mă angajez să

Semnătura solicitantului

Data

Sursa originala a acestui document:

<https://cerere-directa.com/model-cerere-concediu-medical/>

Acest model ti-a fost de ajutor?

Descopera si alte modele actualizate pe site-ul nostru:

<https://cerere-directa.com>

Mai multe modele

Acest model este destinat exclusiv utilizarii personale, necomerciale.
Orice distribuire sau publicare trebuie sa mentioneze sursa.

Acest model are scop strict informativ si nu constituie consultanta juridica.
Pentru situatii specifice, se recomanda consultarea unui specialist calificat.