



MINISTERUL SĂNĂȚII
SPITALUL DE PSIHIATRIE POIANA MARE



POIANA MARE, Dolj
Str. GĂRII, Nr.40
CF : 4711561
Tel. :0251/235299, Fax: 0251/235063
e-mail : spitpoiana@yahoo.com

NR. _____ / _____

DOMNULE MANAGER,

*) La cerere se ataseaza declaratia pe propria raspundere/declaratia pe propria raspundere a celuilalt parinte, o copie a certificatului/certificatelor de nastere al/ale copilului/copiilor sau a documentului care atesta calitatea in care solicita zilele libere, precum si, daca este cazul, o copie a certificatului de incadrare in grad de handicap al copilului ori adultului in varsta de pana la 26 de ani, copie decizie a unitatii de invatamant de suspendare a cursurilor, dupa caz

Subsemnatul/subsemnata _____, avand functia de _____, la sectia/compartimentul _____, va rog a-mi aproba zile libere pentru supravegherea copilului/copiilor, in baza prevederilor art.1 din OUG 147/2020, in perioada _____

Anexez la prezenta:

- Declaratie pe propria raspundere, conform modelului aprobat
- Declaratie pe propria raspundere a sotului/sotiei, conform modelului aprobat
- Copie act de identitate copil/copii
- Alte documente necesare:

Data _____

Semnatura _____

**DOMNULUI MANAGER AL SPITALULUI DE PSIHIATRIE POIANA
MARE**