

Spitalul Municipal Curtea de Arges  
Str. Cuza Voda. Nr. 6-8, judet Arges  
Tel/Fax: 0248722150 /0248722473  
Nr...../.....

CERERE INCADRARE

INFORMATII PERSONALE

*Doamna Manager,*

Nume si prenume:

Adresa de domiciliu:

Str.

Localitate: **Subsemnatul / a.....,**

Telefon:

**posesor al BI/CI.....CNP** ,

**domiciliat in ....., solicit copie dupa**

**..... din cadrul sectiei / compartimentului**

**..... din data de.....**

**Solicit aceasta fiindu-mi necesara la .....**

STUDIU: (menționat instituția, domeniul de activitate, activitate profesională, activitate voluntară)  
Domeniul în care dețineți activitate, activitate .....

Reg a aproba efectuarea de voluntariat, ca  
pe Sectia/Compartimentul.....

Data.....

Sef Sectie/Compartiment/Serviceu

Data .....

Nume si Prenumele.....

*Semnatura:.....*