

Aprob,
Manager,
Jr. Gheordunescu Andreea

SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES
Tel/fax: 0248722150/0248722473
e-mail: secretariat@smca.ro
STR. CUZA VODA, NR. 6-8, JUDET ARGES
NR...../.....

CERERE ÎNSCRIERE VOLUNTAR

INFORMAȚII PERSONALE:

Numele și prenumele: _____
Adresa de domiciliu:
Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Et. _____, Ap. _____,
Localitatea: _____, Județul: _____,
Telefon: _____, E-mail: _____,
Data nașterii: _____, Profesia: _____,
Ocupația: _____ Ați mai activat ca voluntar/ă? DA NU
EDUCAȚIE:

STUDII: (menționați instituția, domeniul de studiu, anul de studiu sau nivelul absolvit)
Domenii în care dețineți atestate/licențe etc.:

Rog a aproba efectuarea de voluntariat, ca _____,
pe Secția/Compartimentul _____.

Data _____

Semnătura _____

De acord / Nu sunt de acord	
Șef Secție/Compartiment/Serviciu	
Numele și Prenumele	Semnătura/Parafa