Directorului Centrului de Medicină Legală
Dlui _____

Aprob _____
(semnătura, data)

Stimate Domnule Director,

Subsemnatul (a)_____,
angajat (ă) în funcţia de _____,
subdiviziunea _____solicit să-mi
acordaţi concediu neplătit cu o durată de _____zile calendaristice,
în legătură cu _____
(temeiul)
de la_____ până la_____.

_____ _____
(data) (semnătura)

COORDONAT

1. Şef secţie _____
2. Şef serviciu resurse umane _____