

FORMULAR H7

APROBAT

DIRECTOR GENERAL ADJUNCT
PROTECTIA DREPTURILOR ADULTILOR

DOMNULE DIRECTOR

NR. ÎNREGISTRARE B.R.U.A.P.A.M.I.D	ZILE CONCEDIU DE ODIHNĂ ACORDATE.....	PROCESAT - NUMELE SEMNĂTURA
---	--	--

Subsemnata/ul, angajat/ă în funcția de asistent personal, domiciliat/ă în, CNP.....solicit efectuarea unui numar de..... din concediului de odihnă aferent anului..... începând cu data de....., Menționez că sunt angajat al persoanei cu dizabilități.....

Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială a mea personal sau a persoanei cu dizabilități.

Semnătura.....

Data.....

Pot fi contactat/ă la telefon.....