

Doamnă Director,

Subsemnatul/a _____,
domiciliat/ă în localitatea _____, str. _____,
nr. _____, bl. _____, ap. _____, telefon _____, C.I. seria _____,
nr. _____, prin prezenta vă rog a-mi aproba înscrierea la examenul pentru
ocuparea postului de _____, specialitatea
_____, nivel studii **PL/S**, din cadrul Departamentului de
Supraveghere în Sănătate Publică-Compartimentul _____
_____.

Arad, _____

Semnătura, _____

C ă t r e,

Direcția de Sănătate Publică a Județului Arad