



SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA

Mun. Campina, str. Voila nr. 114, jud. Prahova

TEL:0344/101 118; FAX:0344/102 034

E-mail: spitalpsihiatrie@gmail.com Web:www.spitalulvoila.ro

Nr. /

APROBAT Manager,

.....
Semnătura.....

Ștampila angajatorului

APROBAT,

Conducătorul Instituției Publice de la care se face transferul

.....
Semnătura.....

Ștampila.....

CERERE DE TRANSFER

Subsemnatul/(a) _____,
domiciliat(ă) în _____ str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____, județul _____, având funcția de (denumire, gradul, clasa,
treapta _____ de _____ salarizare) _____
_____ în cadrul
(instituției) _____, compartimentul/secția
_____, având în vedere anunțul privind ocuparea unui post
de _____ afișat pe pagina de internet a
instituției dumneavoastră, vă rog să aprobați transferul meu, la cerere, în cadrul
Spitalului de Psihiatrie Voila Câmpina, cabinetul de medicină internă al ambulatoriului
integrat spitalului.

Anexez prezentei:

1. Diploma de studii sau echivalent;
2. Adeverință din care să rezulte vechimea în muncă și specialitate;
3. Alte documente din care să reiasă competențe și specializări specifice postului.

Data _____

Nume și prenume _____

Semnătura _____