



SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA

Municipiul Câmpina, str. Voila nr. 114, jud. Prahova

Tel: 0344 / 101 118; Fax: 0344 / 102 034

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

CERERE DE ÎNSCRIERE

LA CONCURSUL /EXAMENUL PENTRU OCUPAREA FUNCȚIEI VACANTE
DE DIRECTOR MEDICAL, FUNCȚIE SPECIFICĂ COMITETULUI DIRECTOR
AL SPITALULUI DE PSIHIATRIE VOILA - CÂMPINA

Doamnă Manager,

Subsemnatul(ă) _____
domicilit(ă) în _____, legitimat(ă) cu
B.I./C.I. nr. _____, seria _____, prin prezenta, vă rog să binevoiți a-mi
aproba înscrierea la concursul/examenul organizat de dumneavoastră, pentru
ocuparea funcției vacante de director medical, funcție specifică Comitetului
director din cadrul Spitalului de Psihiatrie Voila - Câmpina.

Menționez că am luat la cunoștință de:

- condițiile de înscriere și participare la concurs;
- bibliografia/tematica și temele-cadru pentru proiectul de specialitate;
- data și ora desfășurării concursului/examenului;
- metodologia de desfășurare a concursului/examenului.

Vă mulțumesc !

Data _____

Semnătura,

Doamnei Manager a Spitalului de Psihiatrie Voila - Câmpina