Nr. Înregistrare: ............../................ Se aprobă,

 Director

Domnule Director,

Subsemnatul/a............................. ............................, angajat/ă a ............................., în funcția de ............................., vă rog să îmi aprobați efectuarea unui număr de ...... zile de concediu plătit pentru formare profesională, în perioada ............................./efectuarea unui număr de ...... zile de concediu fără plată pentru formare profesională, cu precizarea că data de începere a stagiului de formare profesională este ............................., domeniul stagiului de formare profesională este ............................., durata acestuia este de ............................., iar denumirea instituţiei de formare profesională este ............................

Data

...........................

Semnătura

..............