*Anexa 9, Cod: UMFVBT-PS-DRU/23/2025 - 09*

Număr de înregistrare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aprobat Rector,

Prof.univ.dr. Octavian-Marius Crețu

**CERERE DE CONCEDIU DE ODIHNĂ SUPLIMENTAR**

**PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII DE FERTILIZARE „IN VITRO”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnata |  | | | , |
|  |  | | |  |
| angajată pe funcția de |  | , în cadrul |  | , |
|  |  | | |  |
| vă rog să-mi aprobați acordarea a 3 (trei) zile de concediu de odihnă suplimentar pentru efectuarea procedurii de fertilizare „in vitro”. | | | | . |

Perioada concediului suplimentar:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ 1 zi în data de |  | | , reprezentând data puncției ovariene | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| ■ 2 zile în perioada | |  | | - |  | , data de |  |
| reprezentând data efectuării embriotransferului. | | | | | | | |

**■ Anexez la prezenta scrisoarea medicală eliberată de medicul specialist**

**■** Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 și 11 și art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Îmi exprim consimțământul** |  | **Nu îmi exprim consimțământul** |  |

cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal din prezenta cerere și din documentația depusă pentru realizarea scopului prezentei solicitări.

■ Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semnătura solicitantei |  | Data: |  |

Pe durata concediului suplimentar atribuțiile mele de serviciu for fi preluate de:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(numele, prenumele și funcția înlocuitorului)* |  | *(semnătura înlocuitorului)* |

**Aviz Superiorul ierarhic direct al solicitantei,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |
|  |  |  |  |
| Funcția: |  |  |  |

**Aviz Direcția Resurse Umane - conform procedurii,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |