*Anexa 13, Cod: UMFVBT-PS-DRU/23/2025 - 13*

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

Aprobat Consiliul de Administrație,

H.C.A. nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERERE DE CONCEDIU PLĂTIT PENTRU FORMARE PROFESIONALĂ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnatul/a |  | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| angajat/ă pe funcția de |  | | | | | , în cadrul | |  | | | | | | | | | | , |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| vă rog să-mi aprobați |  | zile de concediu plătit pentru formare profesională, în perioada | | | | | | | | |  | | | | - | |  | . |
|  |  | | | | | | | | | | *de la data de (zi/lună/an)* | | | |  | | *până la data de (zi/lună/an)* |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |  |
| Declar, pe propria răspundere că în ultimele 24 de luni | | | | | | | | |  | am beneficiat / | | | |  | | nu am beneficiat | |  |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | |  | |  |
| de stagii de formare profesională la care cheltuielile au fost suportate de către UMFVBT. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Informații privind stagiul de formare profesională:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Data de începere a stagiului de formare profesională: | | | | | | |  | | | | | Durata: |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Domeniul stagiului de formare profesională: | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Denumirea stagiului de formare profesională: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Denumirea instituției de formare profesională: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |

**■ Declar pe propria răspundere că în termen de cel mult 30 de zile lucrătoare de la data finalizării stagiului de formare profesională mă oblig să depun la DRU dovada absolvirii stagiului de formare profesională**

■ 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 solicitantului |  | Data: |  |

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

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

**Superiorul ierarhic direct al solicitantei/solicitantului,**

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

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

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