

# FORMULAR H7

**p. APROBAT**  
**DIRECTOR GENERAL**  
**MIHAELA STOICA**  
**Cf. Disp. Nr. 5708/31.12.2024**

## DOMNULE DIRECTOR

|                                                                   |                                                        |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>NR. ÎNREGISTRARE</b><br><b>C.R.U.A.P.A.M.</b><br><b>C 1.1/</b> | <b>ZILE CONCEDIU DE ODIHNĂ</b><br><b>ACORDATE.....</b> | <b>PROCESAT-NUMELE .....</b><br><b>SEMNĂTURA .....</b> |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

Subsemnata/ul ....., angajat/ă în funcția de asistent personal, domiciliat/ă în ....., C.N.P. .... solicit efectuarea unui numar de..... din concediului de odihnă aferent anului..... începând cu data de..... Menționez că sunt asistent personal al persoanei cu dizabilități.....

Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială a mea personal sau a persoanei cu dizabilități.

**Semnătura.....**

**Data.....**

**Pot fi contactat/ă la telefon.....**