



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN  
BISTRIȚA-NĂȘĂUD

str. Ghinzii nr.26A, Bistrița  
Telefon/fax: 0263-217.055  
secretariat@ambulantabistritanasaud.ro  
secretariat.sajbn@gmail.com



Aprob,  
pt. Manager general

Nr. .... / .....  
Nr.ex.orig. .... din.....  
Nesecret

**CĂTRE,**  
**CONDUCEREA SERVICIULUI DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN**  
**BISTRIȚA-NĂȘĂUD**

Subsemnatul/-a \_\_\_\_\_, având  
funcția de \_\_\_\_\_, în cadrul Serviciului de  
Ambulanță Județean Bistrița - Năsăud, Stația/Substația/Punctul de Lucru \_\_\_\_\_

prin prezenta VĂ ROG A-MI APROBA, conform programării anuale aprobate de CD/datorită  
survenirii unor probleme personale imprevizibile (*se taie ce nu este cazul*), \_\_\_\_\_  
zile de concediu de odihnă aferent anului \_\_\_\_\_, în perioada

Vă mulțumesc anticipat !

Data,

Semnătură solicitant

- Se completează de responsabilul cu întocmirea graficelor:  
Figurează pe programarea anuală, aprobată de CD pe anul curent, cu \_\_\_\_\_ zile, în  
perioada \_\_\_\_\_. Din aceste zile programate care se pot  
acorda \_\_\_\_\_ zile, în perioada \_\_\_\_\_.  
**Motivul schimbării perioadei și cine aprobă schimbarea** \_\_\_\_\_.
- *Doar pt TESA și CD: pe perioada concediului voi fi înlocuit/-ă de: \_\_\_\_\_.*  
*Am luat la cunoștință că nu pot pleca în CO sau în recuperare, pe durata perioadei în care înlocuiesc și nu pot delega,  
la rândul meu, atribuțiile preluate prin înlocuire.*  
*De acord cu înlocuirea (semnătura persoanei desemnate înlocuitor) \_\_\_\_\_*
- Se completează de Compartimentul RUNOS al SAJ-BN:  
Are dreptul la efectuarea unui nr. de \_\_\_\_\_ zile de CO/an, din care a efectuat  
\_\_\_\_\_ zile până la data prezentei cereri.  
A fost rechemat din concediul de odihnă la data de \_\_\_\_\_, pe baza dispoziției  
MG/DM/DT nr. \_\_\_\_\_ din următoarele motive:  
\_\_\_\_\_