

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ – МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

**ЗАПОВЕД
ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ОТПУСК**

№/.....г.

РАЗРЕШАВАМ:

ДЕКАН:.....

/Проф. д-р Д. Буланов, дм/

гр. Софияг.

С ъ г л а с у в а н о:

Р-Л КАТЕДРА/ОТДЕЛ/СЕКТОР:.....

/подпис и фамилия/

Вх.№/.....г.

Дата:.....

М О Л Б А

От
на длъжност.....В.....
живущ/а/в гр.....ул.....№.....
тел. или /GSM/.....

Уважаеми г-н ДЕКАН,

Моля да ми бъде разрешен годишен отпуск за 20....г. платен..... неплатен.....
работни/календарни/ дни, считано от.....
През време на отпуска ще бъде заместван/а от.....

/име и подпис на заместващия/

София,г.

С уважение:.....

СПРАВКА ЗА ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ :

Ползвал..... дни за 20година

.....дни по чл. от КТ

..... дни по чл. от КТ

Остават: за 20.... г.

..... за 20.... г.

..... за 20.... г.

Неплатеният отпуск от 20... .. г. до 20.... г. да се счита за трудов стаж.

От до 20..... г. не се признава за трудов стаж.

ОРГАНИЗАТОР ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ:.....

З-д №ЧР...../.....20.....г.

Служителятна длъжност.....

В.....

има разрешен платен отпускработни дни + неплатен.....дни/работни/

считано от.....20... г. за /20..../20.....година.

ОРГАНИЗАТОР ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ:.....

З-д №ЧР...../.....20.....г.

Служителят.....на длъжност.....

В.....

Има разрешен платен отпуск.....работни дни+неплатен.....дни/работни/

Считано от20... г. за 20..../20.....година

ОРГАНИЗАТОР ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ: