Doamnă Director,

Subsemnatul/a _____, salariat/ă la Liceul Tehnologic „Brad Segal” Tulcea , pe post de _____, vă rog să-mi aprobaţi eliberarea unei adeverinţe din care să reiasă calitatea de asigurat şi numărul zilelor de concediu medical de care am beneficiat în ultimile 12 luni, fiindu-mi necesară la medicul de familie / spital.

_____ _____