



ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ *BETEL*

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat în localitatea _____, str. _____ nr. _____ bl./sc./ap. _____, telefon _____, posesor al CI/BI. seria _____ nr. _____ născut la data de _____, în localitatea _____, jud. _____ CNP _____.

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați înscrierea la ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ, profil (AMG/AMF) _____ în anul școlar 2024-2025.

Mă angajez să respect regulamentul de ordine interioară a școlii și să răspund tuturor solicitărilor școlii privind bunul mers al procesului instructiv-educativ.

Vă rugăm să bifați una din variante:

- NU am mai urmat la „fără taxă” (buget) altă școală postliceală
- Am mai urmat la „fără taxă” (buget) altă școală postliceală

Data,

Semnătura,

Către

Conducerea Liceului Teologic Penticostal Betel Oradea