

Domnule Președinte,

Subsemnatul (nume prenume)

Specialitate

Grad profesional

Vă rog să-mi aprobați prelungirea anuală a activității medicale peste vârsta de 67 de ani,

De la data până la data (*perioada de un an*)

Menționez că-mi desfășor activitatea medicală (*loc de muncă, adresă*)

.....

Data,

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Călărași