



LICEUL TEOLOGIC PENTICOSTAL "BETEL"

STR. NICOLAE SOVA NR. 6, ORADEA, 410602
TEL. 0259-410262, 0359-410603(4) FAX. 0259-477192
E-mail: secretariatbetel@yahoo.com

Nr. _____
Din _____ 2021

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 2021-2022.

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

Oradea,

Semnătura,

Către

Conducerea Liceului Teologic Penticostal Betel Oradea