



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 2023-2024.

Mă angajez să respect regulamentul de ordine interioară a școlii și să răspund tuturor
solicităților 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