**Domnule Președinte**,

Subsemnatul/a Dr. .............................................................................. medic specialist/primar .................................................., cu loc de practică medicală la ........................................................................................................., cu respect vă rog a-mi aproba menținerea în activitate peste vârsta legală de pensionare conform articolului 391, alin. 5 din Legea 95 / 2006 actualizată.

Vă mulțumesc anticipat.

**DATA SEMNĂTURĂ**

**Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Olt.**