До

Министерство за здравство

- Стручна комисија за исполнетоста на условот и времетраењето на прекинот поради бременост и/или раѓање

Од\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за лицето \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласно член 4 од Законот за трансформација во редовен работен однос („Службен весник на Република Македонија“ бр. 20/2015 и 44/2015) го поднесувам ова:

**Б А Р А Њ Е**

До Стручнаta комисија за исполнетоста на условот и времетраењето на прекинот поради бременост и/или раѓање заради трансформирање во работен однос на неопределено работно време поради бременост, раѓање и/или мајчинство.

Датум Барател

------------------------- ----------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон за контакт