**Doamna Director,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut/ă la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al C.I. cu seria\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, elev/ă în clasa a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la Liceul Tehnologic ”Dr. Florian Ulmeanu” Ulmeni, vă rog să-mi aprobați înscrierea în procesul de selecție din cadrul Proiectului de parteneriat strategic Erasmus + cu titlul ”OUR PAST OUT FUTURE”, pentru deplasarea în Turcia.

 Menționez că îndeplinesc una dintre condițiile impuse în contextul pandemiei de Covid-19, emise de Ministerul Afacerilor Externe, pentru intrarea în Turcia, și anume:

* prezint dovada vaccinării cu două doze de vaccin, pentru care au trecut 14 zile de la doza de rapel.
* pot face dovada faptului că am fost infectat cu SARS-CoV-2 în ultimele 6 luni, cu condiția ca intrarea în Turcia să aibă loc începând cu a 28-a zi de la rezultatul primului test PCR pozitiv. Dovada infectării cu virusul SARS-CoV-2 poate fi: un rezultat pozitiv al unui test PCR, o adeverință emisă de instituții medicale de stat sau private certificate, semnate și ștampilate, emise în limba engleză.
* prezint rezultatul negativ al unui test PCR, efectuat cu cel mult 72 de ore înainte de intrarea în Turcia, emis în limba engleză de o unitate medicală certificată.
* prezint rezultatul unui test negativ rapid antigen, efectuat cu maxim 48 ore înainte de intrarea în Turcia, emis în limba engleză de o unitate medicală certificată. Testele antigen efectuate la domiciliu/reședință și care nu sunt însoțite de certificare medicală NU sunt acceptate.

Data…………………..

Semnătură elev/ă, Nume prenume părinte/tutore:………………………

 ………………………………. Semnătură părinte/turore……………

 APROBAT,

Director, prof. RUS ANCA CRINA