ORDIN Nr. 3177/147 din 5 februarie 2015

privind aprobarea formularului specific al certificatului medical necesar pentru încadrarea şi menţinerea într-o funcţie de conducere sau de îndrumare şi de control din învăţământul preuniversitar

EMITENT: MINISTERUL EDUCAŢIEI ŞI CERCETĂRII ŞTIINŢIFICE

Nr. 3.177 din 5 februarie 2015

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII

Nr. 147 din 12 februarie 2015

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 114 din 12 februarie 2015

În temeiul art. 234 alin. (1) din Legea educaţiei naţionale nr. 1/2011, cu modificările şi completările ulterioare,

în baza Hotărârii Guvernului nr. 26/2015 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Educaţiei şi Cercetării Ştiinţifice şi a Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul educaţiei şi cercetării ştiinţifice şi ministrul sănătăţii emit prezentul ordin.

ART. 1

Se aprobă utilizarea ca formular specific al certificatului medical necesar pentru încadrarea şi menţinerea într-o funcţie de conducere sau de îndrumare şi de control în învăţământul preuniversitar a modelului prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Direcţiile generale şi direcţiile de specialitate din cadrul Ministerului Educaţiei şi Cercetării Ştiinţifice şi din cadrul Ministerului Sănătăţii duc la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul educaţiei şi cercetării ştiinţifice,

Sorin Mihai Cîmpeanu

p. Ministrul sănătăţii,

Dorel Săndesc,

secretar de stat

ANEXA 1\*)

\*) Anexa este reprodusă în facsimil.

- Model -

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

| Judeţul ........................................ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| | | |

| Localitatea .................................... | timbru | |

| | fiscal | |

| Unitatea sanitară .............................. | | |

| | | |

| | L.S. | |

| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |

| |

| CERTIFICAT MEDICAL Nr. ..... |

| anul ..... luna ............. ziua ..... |

| |

| |

| În baza referatului Dr. .................................................... |

| numele şi prenumele |

| în calitate de ............................................................. |

| Se certifică de noi că: .................................................... |

| numele şi prenumele |

| Codul numeric personal |

| \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |

| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| în vârstă de .......... ani; sexul M/F, |

| |

| Domiciliat în: jud./sect. .................. loc. .......................... |

| str. .............................................. nr. ................. cu |

| B.I./C.I. seria ................ nr. .................. având ocupaţia de: |

| ............................................................................ |

| la ......................................................................... |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| Este suferind de: .......................................................... |

| ............................................................................ |

| ............................................................................ |

| ............................................................................ |

| ............................................................................ |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| |

| S-a eliberat prezentul pentru a-i servi la: ................................ |

| ............................................................................ |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| |

| Medic director, |

| L.S. |

| .................. |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

17.5; A5

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