- Modelul de certificat medical -

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

| 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

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