|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Judeţul ……………………………… |  |  |  |
|  |  |  |  timbru |  |
|  | Localitatea ……………………………… |  |  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:..........................................................……............……..…... |  |
|  | Codul numeric personal | numele şi prenumele |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | în vârsta 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 spre a-i servi la: …………………………...………………………….. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Medic director, |  |
|  | L.S. |  |  |
|  |  | ……………………. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 17.5; A5; t1  |

## CERTIFICAT MEDICAL

17.5

 Serveşte la atestarea stării de sănătate a solicitantului.

 Se eliberează într-un exemplar, la cerere, de către medicii din oricare unitate sanitară în evidenţa căreia se află persoana care solicită acest act.