|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |
|  | 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.