



- MODEL -

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

timbru
fiscal

L. S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr.
anul luna ziua

În baza referatului Dr.
numele și prenumele

în calitate de

Se certifică de noi că:

Codul numeric personal numele și prenumele

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

în vârsta de ani; sexul M/F,

Domiciliat în: jud. /sect. loc.
str. nr. cu
B.I./C.I. seria nr. având ocupația de:
.....
la

Este suferind de:

.....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la:

.....

L.S. Medic director,
.....

