

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: .....

numele și prenumele

codul numeric personal

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

în vârstă de .....ani, sexul M/F

Domiciliat în jud./sect. .... loc. ....

BI/CI seria ..... nr .....având ocupația de: .....

la .....

Este suferind de: .....

.....

.....

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi .....

.....

Medic director,

L.S.

.....

