

Județul \_\_\_\_\_  
Localitatea \_\_\_\_\_  
Unitatea sanitară \_\_\_\_\_

CERTIFICAT MEDICAL Nr.....  
(BOLI INTERNE și PSIHIATRIE)

Anul.....Luna.....Ziua.....

În baza referatului dr. \_\_\_\_\_  
(nume și prenume)

În calitate de \_\_\_\_\_

Și în baza referatului dr. \_\_\_\_\_  
(nume și prenume)

În calitate de \_\_\_\_\_

Se certifică de noi că d<sup>na</sup>/d<sup>nul</sup> \_\_\_\_\_  
(nume și prenume)

având CNP \_\_\_\_\_, în vârstă de \_\_\_\_\_ ani, sexul F/M,

Domiciliat în jud./sect. \_\_\_\_\_ loc. \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_

cu CI/Pașaport seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Este

Clinic sănătos/ suferind  
de:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Aviz medic specialist Medicina muncii L.S.

Apt / Apt condiționat / Inapt temporar / Inapt

pentru încadrarea într-o funcție didactică de predare sau didactică auxiliară

S-a eliberat prezentul pentru încadrarea într-o funcție didactică de predare sau didactică auxiliară  
la.....  
.....

MEDIC DIRECTOR,

L.S.