

CERTIFICAT MEDICAL DE SĂNĂTATE FIZICĂ ȘI PSIHICĂ

Numele _____ Prenumele _____ Sexul _____,
născut în anul _____ luna _____ ziua _____ în localitatea _____
cu domiciliul în județul _____
localitatea _____ str. _____ nr. _____,
posesor al C.I./B.I. seria _____ nr. _____, eliberat de _____,
la data de _____

ANTECEDENTE PERSONALE (se vor atesta de către medicul de familie):

Nr. reg. _____ Data _____

Specialitatea	Nr. reg. consultații	Data examinării	Constatări (boli depistate)	Concluzii Apt/inapt	Semnătura și parafa medicului
Medicină internă					
Psihiatrică					

CONCLUZIILE MEDICULUI ȘEF:

Apt / Inapt – din punct de vedere fizic și psihic

Semnătura și parafa medicului șef

Mențiune: Titularul certificatului medical a luat la cunoștință că are obligația de a declara, la consultație, toate bolile de care a suferit și cele de care suferă în prezent și dacă este în evidența altei unități sanitare cu boli acute sau cronice.

Semnătura titular: