

.....
(UNITATEA SANITARĂ)

Nr. fișă...../.....

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ

Se adeverește prin prezenta că dl/d-na

(numele și prenumele cu inițiala tatălui)

născut în data de....., cu domiciliul în....., str....., nr....., bl.....,

scara..... et..... ap....., sector....., județ....., legitimat cu BI , seria....., nr.....,

CNP....., având funcția de.....,

la.....se află/nu se află în evidenta cabinetului medical

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(se vor menționa: antecedentele patologice personale cu mențiunea anului de debut, numărul zilelor de concediu medical din ultimele 12 luni și afecțiunile pentru care a primit concediu medical, dacă este pensionar și gradul pensionării).

Semnătura și parafa medicului,

.....