

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 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,