

Judetul Satu Mare, Localitatea _____

Unitatea sanitara _____

CERTIFICAT MEDICAL

Prin prezenta se certifica faptul ca doamna/domnul Dr. _____,
in varsta de _____ ani, domiciliul jud, _____
localitatea _____, str, _____,
nr. _____, cu locul de munca la _____

In baza - Antecedente

- Heredocolaterale _____
- Personale _____

Semnatura si parafa medicului

- Examen psihiatric APT/INAPT sa lucreze in domeniul sanitar _____

Semnatura si parafa medicului

- Examen medicina muncii APT/INAPT sa lucreze in specialitatea _____

Semnatura si parafa medicului

S-a eliberat prezentul pentru a-i servi la Colegiul Medicilor Satu Mare.

Data.....