

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: .....

Codul numeric personal ..... numele și prenumele

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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,

.....