

Judetul _____
Localitatea _____
Unitatea sanitară _____

Nr. fișa/carnet de sănătate _____

ADEVERINTA MEDICALA

Se adeverește că _____ sexul M / F

-numele- _____ -prenumele- _____

Născut: 19 ____ luna ____ ziua ____

Cu domiciliul in: jud. ____ localitatea ____ str. ____ nr. ____

Având ocupatia de: _____ la _____

Este suferind de: _____

Se recomandă _____

S-a eliberat prezenta spre a-i servi la: _____

Data eliberarii

201 ____ luna ____ ziua ____

Semnătura și parafa medicului

L.S. _____

Concluziile examenului medical de bilant _____

Rezultatul investigatiilor medicale:

Radiologie pulmonara _____

Serologia sifilisului _____

Recomandari _____

Apt pentru: _____
