

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 vârstă 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:.....  
.....

Medic director,

L.S.