

Județul localitatea

Unitatea sanitară

CERTIFICAT MEDICAL
pentru înscrierea la examenul de definitivat
ziua luna anul

A. NUMELE **PRENUMELE** Sexul M/F născut(ă)
 în anul luna ziua, în orașul/comuna,
 județul, fiul/fiica lui și al/a,
 domiciliat(ă) în județul, localitatea,
 str. nr., CNP,
 tel. e-mail

B. ANTECEDENTELE PERSONALE (se vor atesta de medicul de familie pentru cei care nu au fișă la dispensarul clinicii)

.....

C. REZULTATELE EXAMENELOR MEDICALE

Specialitate	Nr. fișei (registrului de consult)	Data examinării	Concluzii (boli depistate)	Concluzii apt/inapt înscriere examen	Semnătura și parafa medicului
0	1	2	3	4	5
Boli interne					
Chirurgie- ortopedie					
Neurologie					
Psihiatrie					
Oftalmologie					
ORL					

Serologia sângelui

Unitatea sanitară

Nr. buletin data rezultatul

Semnătura și parafa medicului

D. CONCLUZIILE MEDICULUI ȘEF DE CLINICĂ

APT/INAPT pentru exercitarea funcției de notar public	Semnătura și parafa medicului, L.S.
---	--