

.....  
(unitatea sanitară)

Nr. fișă ...../.....

## ADEVERINȚĂ MEDICALĂ

Se adeverește prin prezenta că dl.(d-na) .....,  
născut(ă) în data de.....cu domiciliul în .....  
str. .... nr. .... bl. .... sc. .... et. .... ap. .... sector .....  
jud. .... legitimat cu B.I. seria ..... nr. .... CNP .....  
funcția ..... la .....  
se află/nu se află în evidența cabinetului medical .....

.....  
.....  
.....  
(se vor menționa antecedentele patologice personale, cu mențiunea anului de debut, numărul zilelor de concediu medical din ultimele 12 luni și afecțiunile pentru care a primit concediu medical).

**Semnătura și parafa medicului**