- Model -

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.

.....

17.5; A5