Judeţul ..... Localitatea ..... Unitatea sanitară	timbru fiscal L. S.

CERTIFICAT MEDICAL Nr. .....

anul ..... luna ..... ziua .....

În baza referatului Dr. .....

în calitate de .....

Se certifică de noi că: d-na/d-l .....

Codul numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

în vârstă de ..... ani; sexul M/F,

Domiciliat în: jud./sect. ..... loc. .....

str. ..... nr. .....

cu B.I./C.I. seria ..... nr. ..... având ocupaţia de: .....

la .....

Este suferind de:

.....

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la: .....

L.S.

Medic director,

.....