ANEXA NR. 10

Ministerul Lucrărilor Publice, Transporturilor şi Locuinţei

……
(unitatea sanitară)
Nr. fişă ……..…/ …. …. ……

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ

Se adevereşte prin prezenta că dl/d-na……..,
(numele şi prenumele cu inițiala tatălui)
născut în data de ……., cu domiciliul în ……..,
str……, nr……., bl……..., scara….., et….., ap……, sector……..,
județ……, legitimat cu BI, seria……, nr……..,
CNP……., având funcția de ……
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 şi afecțiunile pentru care a primit concediul medical)

Semnătura şi parafa medicului,

……