JUDEȚUL _____ Nr.fișei(reg.de consultații)

Localitatea _____ _____

Unit.sanitară _____ C.N.P. _____

_____ U.P. M.S.18.1.1.AG.T2

ADEVERINȚA MEDICALA
PENTRU STUDENT(FACULTATE)

Se adevereste că _____
(numele, prenumele tatălui, prenumele - cu majuscule)

sexul F / M, data nașterii:anul _____ luna _____ ziua

____ cu domiciliul în județul _____ localitate

_____ str. _____ nr. ___ bl. ___

___ et. ___ ap. ___ având funcția de _____

la _____

ESTE SUFERIND DE _____

SE RECOMANDA _____

S-a eliberat prezenta pentru _____

_____

Data emiterii adeverinței

_____
anul - luna - ziua

Semnătura și parafa
medicului,dr.l.s.

-.-.-.