



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI

UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ

Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257



NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro

CERTIFICAT MEDICAL

Nr.

anul luna ziua ...

1. În baza referatului Dr.
(nume și prenume medic)

în calitate de cod parafă
(grad profesional și specialitatea) (parafa și semnătura)

2. În baza referatului Dr.
(nume și prenume medic)

în calitate de cod parafă
(grad profesional și specialitatea) (parafa și semnătura)

Se certifică de noi că:
(numele și prenumele)

COD NUMERIC PERSONAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

în vârstă de ani; sexul M/F

Domiciliat în: jud./ sect. loc.

str. nr. ... cu

BI/CI seria ... nr. având ocupația de:

la

1. Este suferind de:

2. Este suferind de:

Diagnostic și Cod conform Clasificației internaționale a maladiilor, respectiv CIM – 10

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

DIRECTOR MEDICAL

L. S.

.....



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI

UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ

Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257



NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro

AMBULATORIUL INTEGRAT

Nr. /

REFERAT MEDICAL / SCRISOARE MEDICALĂ

1. Subsemnatul/a Dr.
(numele și prenumele)

în calitate de medic / cod parafă
(grad profesional și specialitatea) (parafa și semnătura)

atest că dl./dna.
(numele și prenumele persoanei examinate)

ESTE / NU ESTE în evidență cu boli cronice.

EXAMEN CLINIC:

.....
Alte mențiuni/observații:

.....
(Semnătură și parafa medic 1)

2. Subsemnatul/a Dr.
(numele și prenumele)

în calitate de medic / cod parafă
(grad profesional și specialitatea) (parafa și semnătura)

atest că dl./dna.
(numele și prenumele persoanei examinate)

ESTE / NU ESTE în evidență cu boli cronice.

EXAMEN CLINIC:

.....
Alte mențiuni/observații:

.....
(Semnătură și parafa medic 2)