



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

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



CERTIFICAT MEDICAL

Nr. ....

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

NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

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:

(nume și prenume)

COD NUMERIC PERSONAL

Grid for personal numeric code

în vârstă de .... ani; sexul M/F

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

str. .... nr. ... cu

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

la

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

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

NIVEL DE COMPETENȚĂ IA



Nr. .... / .....

REFERAT MEDICAL / SCRISOARE MEDICALĂ

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)

NU ESTE în evidență cu boli cronice.

EXAMEN CLINIC:

Alte mențiuni/observații:

(Semnătură și parafa medic)