

**Domnului director al C.M.D.T.A. „Dr.N.Kretzulescu” București**

Subsemnatul(a):

NUMELE..... PRENUMELE.....

în vârstă de ..... ani, Codul numeric personal: 

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

domiciliat(ă) în județul:..... localitatea: ..... str.....

..... nr..... sector ..... act de identitate:  - B.I.  - C.I.  - Pașaport

seria..... nr....., salariat la:..... în

funcția de .....

Vă adresez solicitarea să aprobați eliberarea unui certificat medical, care îmi este necesar în vederea obținerii avizului de liberă practică.

Data .....

.....

(semnătura solicitantului)

**ANTECEDENTE PERSONALE PATOLOGICE** (se vor atesta de către medical de familie):

.....  
.....

**REZULTATELE EXAMENELOR MEDICALE:**

Specialitatea	Nr.reg. consultații	Data examinării	Diagnostic (boli depistate)	Concluziile examenului	Semnătura și parafa medicului
Psihiatrie				APT	
				INAPT	