

**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:.....

Vă adresez solicitarea să aprobați eliberarea unui certificat de înfiere copil. Menționez că certificatul îmi este necesar la :.....

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	
M.R.F.				APT	
				INAPT	
<b>Analize sânge (se vor atașa obligatoriu buletinele de analize)</b>					
RBW				APT	
				INAPT	
HIV				APT	
				INAPT	