Judeţul ..... Localitatea ..... Unitatea sanitară	

CERTIFICAT MEDICAL Nr. .....

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

În baza referatului Dr. .....

în calitate de .....

Se certifică de noi că: d-na/d-l .....

Codul numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

în vârstă de ..... ani; sexul M/F,

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

str. ..... nr. .....

cu B.I./C.I. seria ..... nr. ..... având ocupaţia de: .....

la .....

Este suferind de:

.....

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

L.S.

Medic director,

.....