

C E R T I F I C A T M E D I C A L

PENTRU ATESTAREA STĂRII DE SĂNĂTATEA  
ZIUA \_\_\_\_\_ LUNA \_\_\_\_\_ ANUL \_\_\_\_\_

Numele și prenumele \_\_\_\_\_ fiul (fiica) lui \_\_\_\_\_  
și al (a) \_\_\_\_\_ născut la \_\_\_\_\_ în localitatea  
\_\_\_\_\_ domiciliat în \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, etj. \_\_\_\_\_, apt. \_\_\_\_\_, sector / județ \_\_\_\_\_ posesor CI seria \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_ la data \_\_\_\_\_

ANTECEDENTE PERSONALE SE VOR COMPLETA DE MEDICUL DE FAMILIE PENTRU CEI CARE NU AU FISA  
LA POLICLINICA \_\_\_\_\_

**REZULTATUL EXAMENELOR MEDICALE**

**PSIHIATRIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_

**OFTAMOLOGIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_

**NEUROLOGIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_

**O.R.L.**

NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS \_\_\_\_\_

ÎN SITUAȚIA ÎN CARE SE RECOMANDA UN TRATANENT MEDICAMENTOS MA OBLIG SA ANUNT  
MEDICUL CA SUNT POSESOR DE PERMIS DE ARMA.

SEMNATURA TITULARULUI

CONCLUZIILE MEDICULUI SEF  
AL UNITATII SANITARE  
**APT / INAPT PORT – ARMA**  
( ștampila unității sanitare )