

# FORMULAR ADEVERINȚĂ MEDICALĂ

Județul ..... : Nr. fișă / Carnet de sănătate .....  
 Localitatea .....  
 Unitatea sanitară .....

**ADEVERINȚĂ MEDICALĂ**

Se adeverește că : POPESCU MARIA sexul  M  F

Data nașterii : 200 19 ani - numele - - prenumele -  
 luna ..... ziua ..... cu domiciliul în  
 județul Suceava localitatea ..... str. ....

nr. .... având ocupația de : absolvent liceu Arte la .....  
 Este suferind de : clinic sâhătos

Se recomandă : nu este în evidență - cu boli ereditare

Se eliberează prezenta spre a-i servi la : prescriere facultate

Semnătura și parafa medicului .....  
 Data eliberării : 2009 luna 07 ziua 08 L.S. ....

*Dr. PARASCHIVA GISCĂ  
 medic primar M.F.  
 cod. 577760*

Concluziile examenului medical de bilanț :  
RPA - ITTN/1881/07-07-2009  
 sau NAPP - ex. clinic

Rezultatul investigațiilor medicale :  
 Radiografie pulmonară : VARC/RPR - negativi/25/9/07-07-2009  
 Serologia sifilisului : .....

Recomandări :  
nu este în evidență - cu boli ereditare

Apt pentru : prescriere facultate

*Dr. PARASCHIVA GISCĂ  
 medic primar M.F.  
 cod. 577760*