

## CERTIFICAT MEDICAL

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 RECOMANDĂ UN TRATAMENT MEDICAMENTOS MĂ OBLIG SĂ ANUNȚ  
 MEDICUL CĂ SUNT POSESOR DE PERMIS DE ARMĂ.

SEMNATURA TITULARULUI

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