

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 MEDICALEPSIHIATRIE

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)