

**ADMINISTRAȚIA NAȚIONALĂ A PENITENCIARELOR**

**Unitatea** \_\_\_\_\_

*(Denumirea unității care recrutează candidatul)*

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

**Către**

**CABINETUL DE MEDICINĂ DE FAMILIE**

\_\_\_\_\_  
*(Numele și prenumele medicului de familie al candidatului/candidatei)*

În vederea evaluării medicale a: \_\_\_\_\_  
*(Numele și prenumele)*

legitimat(ă) cu C.I./B.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ emis(ă) de \_\_\_\_\_

la data \_\_\_\_\_ cod numeric personal \_\_\_\_\_

candidat pentru admitere/încadrare în Administrația Națională a Penitenciarelor, vă rugăm să  
completați formularul de adeverință medicală de pe verso.

**Compartiment Resurse Umane și Formare Profesională**

**ADEVERINȚĂ MEDICALĂ**  
(după completare rămâne la medicul de unitate)

Prin prezenta certificăm, pentru dl/dna: \_\_\_\_\_

*(Numele și prenumele persoanei)*

1. Data înscrierii pe lista de capitație \_\_\_\_\_

2. Antecedente vaccinale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Reacții alergice (precizați alergenul) \_\_\_\_\_

4. Antecedentele personale patologice:

boli infecto-contagioase \_\_\_\_\_

boli acute severe \_\_\_\_\_

intervenții chirurgicale \_\_\_\_\_

boli cronice \_\_\_\_\_

boli neuro-psihiatrice \_\_\_\_\_

toxicomanii (inclusiv alcoolismul) \_\_\_\_\_

accidente \_\_\_\_\_

5. Concluziile ultimului examen medical de bilanț \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Numărul de zile de incapacitate temporară de muncă, în ultimele 12 luni și ce afecțiuni medicale le-au determinat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Semnătura și parafa medicului*

**Nota:** în conformitate cu prevederile legislației în vigoare, vă asumați întreaga responsabilitate privind acuratețea și corectitudinea datelor furnizate de dumneavoastră, sub semnătură, parafă și ștampila cabinetului de medicină de familie.