

(verso)

**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-psișice

.....

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

**Notă:** 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.