

## SCRISOARE MEDICALĂ

Locul eliberării : \_\_\_\_\_

Data eliberării : \_\_\_\_\_

### **Datele pacientului :**

Numele și prenumele : \_\_\_\_\_

Data nașterii : \_\_\_\_\_

CNP : \_\_\_\_\_

Domiciliul : \_\_\_\_\_

### **Datele medicului :**

Numele și prenumele : \_\_\_\_\_

Specialitatea : \_\_\_\_\_

Numărul de autorizare / Colegiu : \_\_\_\_\_

### **Informații medicale :**

Subsemnatul medic declar că pacientul menționat mai sus este apt/a pentru activitatea profesională pentru care solicită adeverința medicală. Acesta nu prezintă contraindicații medicale care să împiedice sau să limiteze desfășurarea activității prevăzute.

### **Perioada de valabilitate a scrisorii medicale :**

Prezentul document este valabil pentru o perioadă de maximum 12 luni de la data eliberării, cu excepția cazului în care sunt specificate alte condiții medicale.

### **Observații :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEMĂTURA MEDICULUI**

**SEMĂTURA PACIENTULUI**

Semnătura : \_\_\_\_\_

Semnătura : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Sursa originala a acestui document:

<https://documente-utile.com/model-scrisoare-medicala/>

Acest model ti-a fost de ajutor?

Descopera si alte modele actualizate pe site-ul nostru:

<https://documente-utile.com>

Mai multe modele

Acest model este destinat exclusiv utilizarii personale, necomerciale.  
Orice distribuire sau publicare trebuie sa mentioneze sursa.

Acest model are scop strict informativ si nu constituie consultanta juridica.  
Pentru situatii specifice, se recomanda consultarea unui specialist calificat.