

Județul

Localitatea

Unitatea medicală

Telefon, **e-mail**

CERTIFICAT MEDICAL - MEDICINA MUNCII

**în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau
didactic auxiliar în învățământul superior**

Nr. data

Se certifică faptul că
(numele și prenumele)

CNP, este

APT

INAPT

Semnătură

.....
(medic specialist de medicina muncii)