

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 [ ]

pentru înscrierea la concurs.

Semnătură

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