

MINISTERUL AFACERILOR
INTERNE

Nr.¹⁾ _____

Denumirea centrului medical teritorial

Data _____

Denumirea cabinetului medical de unitate

Către

CABINETUL DE MEDICINĂ DE FAMILIE

Numele și prenumele medicului de familie al candidatului/candidatei

În vederea evaluării medicale a doamnei/domnului:

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

----- la data _____

cod numeric personal _____

care a fost recrutat(ă) pentru a ocupa o funcție în Ministerul Afacerilor Interne;

vă adresăm rugămintea să precizați, pe verso, următoarele date:

1. Data înscrierii pe lista de capitație.
2. Antecedentele personale patologice: boli infecto-contagioase, boli acute severe, accidente, intervenții chirurgicale, boli cronice, boli neuro-psihice și, în mod distinct, toxicomaniile (inclusiv alcoolismul).
3. Antecedentele heredocolaterale semnificative.
4. Concluziile ultimului examen medical de bilanț.
5. Numărul de zile de incapacitate temporară de muncă, în ultimele 12 luni.

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.

Data _____

Semnătura și parafă medicului de unitate

¹⁾ Se va înscrie numărul din registrul de evidență a fișelor de evaluare medicală a candidaților.