

**S.C. POLICLINICA ELGA S.R.L.**

Str. Mihai Eminescu, nr. 2 și nr. 32,

Tel. 0351.405.420

Tel./FAX 0251.415.780

Craiova, Jud. Dolj

E-mail: contact@policlinicaelga.ro



Operator de date cu caracter personal nr. 13161

## **DOMNULE MEDIC,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_ ani,  
domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_\_\_, et. \_\_\_\_, ap. \_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_ angajat la  
\_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_,

vă rog să-mi eliberați un certificat de sănătate pentru căsătorie.

Declar pe propria răspundere că în trecut nu am suferit de următoarele boli  
venerice:

---

---

---

(aici solicitantul numește bolile venerice pe care le-a avut, iar dacă nu a suferit de nici-o  
boală venerică, scrie în locul punctelor „NICI O BOALĂ VENERICĂ”.)

**SEMNĂTURA,**

**DOMNULUI MEDIC AL** \_\_\_\_\_

## **EXAMENE CERUTE:**

(nici un examen nu poate fi mai vechi de două săptămâni de la data  
eliberării certificatului prenuptial)

**1. EMANEN V.D.R.L.**

---

**2. EXAMEN M.R.F.**

---

**3. EXAMEN PSIHIATRIC**

---

**4. EXAMEN DERMATO-VENERICE**

---

**SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI,**

**S.C. POLICLINICA ELGA S.R.L.**

Str. Mihai Eminescu, nr. 2 și nr. 32,

Tel. 0351.405.420

Tel./FAX 0251.415.780

Craiova, Jud. Dolj

E-mail: contact@policlinicaelga.ro



Operator de date cu caracter personal nr. 13161

**CERTIFICAT MEDICAL**

pentru atestarea stării de sănătate conf. Ord. 257/1976

în vederea obținerii permisului de port-armă și muniții

A. NUMELE ȘI PRENUMELE \_\_\_\_\_  
născut în anul \_\_\_\_\_, luna \_\_\_\_\_, ziua \_\_\_\_\_, localitatea \_\_\_\_\_,  
județul \_\_\_\_\_, fiul lui \_\_\_\_\_ și al \_\_\_\_\_,  
domiciliat în \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, posesor al  
B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de Poliția \_\_\_\_\_  
la data de \_\_\_\_\_, ocupația \_\_\_\_\_

B. ANTECEDENTE MEDICALE (se atestă de medicul de circă pentru cei care nu au fișă în policlinică)

\_\_\_\_\_

**C. REZULTATUL EXAMENELOR MEDICALE**

a. BOLI INTERNE

Nr. fișei (reg. de consult.)  
Data examinării  
Constatări  
Concluzii – APT/ INAPT  
Semnătura și parafa medicului

\_\_\_\_\_

b. CHIRURGIE-ORTOPEDIE

Nr. fișei (reg. de consult.)  
Data examinării  
Constatări  
Concluzii – APT/ INAPT  
Semnătura și parafa medicului

\_\_\_\_\_

c. NEUROLOGIE

Nr. fișei (reg. de consult.)  
Data examinării  
Constatări  
Concluzii – APT/ INAPT  
Semnătura și parafa medicului

\_\_\_\_\_

d. PSIHIATRIE

Nr. fișei (reg. de consult.)  
Data examinării  
Constatări  
Concluzii – APT/ INAPT  
Semnătura și parafa medicului

\_\_\_\_\_

e. OFTALMOLOGIE

Nr. fișei (reg. de consult.)  
Data examinării  
Constatări  
Concluzii – APT/ INAPT  
Semnătura și parafa medicului

---

f. O.R.L.

Nr. fișei (reg. de consult.)  
Data examinării  
Constatări  
Concluzii – APT/ INAPT  
Semnătura și parafa medicului

---

g. SEROLOGIA SÂNGELUI

Buletin nr. \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Unit. sanitară \_\_\_\_  
Rezultatul \_\_\_\_  
Semnătura și parafa medicului

---

h. RADIOSCOPIA PULMONARĂ

Buletin nr. \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Unit. sanitară \_\_\_\_  
Rezultatul \_\_\_\_  
Semnătura și parafa medicului

---

D. În situația în care mi se va recomanda un tratament medicamentos, mă oblig să anunț medicul că sunt posesor la permisului de port armă și muniții

Semnătura titularului \_\_\_\_\_

E. CONCLUZIILE MEDICULUI ȘEF DE POLICLINICĂ

APT/ INAPT de a poseda permis de port-armă

Semnătura și parafa medicului

---

**S.C. POLICLINICA ELGA S.R.L.**

Str. Mihai Eminescu, nr. 2 și nr. 32,

Tel. 0351.405.420

Tel./FAX 0251.415.780

Craiova, Jud. Dolj

E-mail: contact@policlinicaelga.ro



Operator de date cu caracter personal nr. 13161

**CERTIFICAT MEDICAL**

**PENTRU ATESAREA STĂRII DE SĂNĂTATE**

**ZIUA** \_\_\_\_\_ **LUNA** \_\_\_\_\_ **ANUL** \_\_\_\_\_

Numele și prenumele \_\_\_\_\_,  
fiul (fiica) lui \_\_\_\_\_ și al (a) \_\_\_\_\_,  
născut la \_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_,  
domiciliat în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, apt. \_\_\_\_\_, sector/județ \_\_\_\_\_, posesor CI  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_.

ANTECEDENTE PERSONALE SE VOR COMPLETA DE MEDICUL DE FAMILIE PENTRU CEI CARE NU AU FIȘĂ LA POLICLINICA

**REZULTATUL EXAMINĂRILOR MEDICALE**

**PSIHIATRIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII: **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_

**OFTALMOLOGIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII: **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_

**NEUROLOGIE**

**PSIHIATRIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII: **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_

**O.R.L.**

**OFTALMOLOGIE**

NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_  
CONSTATĂRI \_\_\_\_\_  
CONCLUZII: **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ  
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ \_\_\_\_\_  
NR. FIȘĂ REG. CONS. \_\_\_\_\_

ÎN SITUAȚIA ÎN CARE SE RECOMANDĂ UN TRATAMENT MEDICAMENTOS MĂ OBLIG SĂ ANUNȚ  
MEDICUL CĂ SUNT POSESOR DE PERMIS DE ARMĂ.

**SEMNĂTURA TITULARULUI**

**CONCLUZIILE MEDICULUI ȘEF  
AL UNITĂȚII SANITARE  
APT/INAPT PORT – ARMĂ  
(ștampila unității sanitare)**

**POLICLINICA ELGA S.R.L.**

Str. Mihai Eminescu, nr. 2 și nr. 32, Craiova

Tel. 0251.415.780/0351.405.420

Fax. 0351.405.420

E-mail: contact@policlinicaelga.ro



Operator de date cu caracter personal nr. 13161

**CERTIFICAT MEDICAL TIP (A, B, C, D, E, F)  
PENTRU CONSTATAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A CONDUCĂTORILOR AUTO**

Numele și prenumele \_\_\_\_\_ născut în anul  
\_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_\_\_ în comuna/orașul \_\_\_\_\_ județul  
\_\_\_\_\_ fiul lui \_\_\_\_\_ și al  
\_\_\_\_\_ domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_ str.  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_  
posesor al buletinului de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de Poliția  
\_\_\_\_\_ de profesie \_\_\_\_\_ la

**A. MEDICINĂ INTERNĂ**

- nr. fișei
- data examinării
- constatări
- concluzii
- semnătura și parafa medicului

**B. ORTOPEDIE -  
TRAUMATOLOGIE**

- nr. fișei
- data examinării
- constatări
- concluzii
- semnătura și parafa medicului

**C. NEUROLOGIE**

- nr. fișei
- data examinării
- constatări
- concluzii
- semnătura și parafa medicului

**D. PSIHIATRIE**

- nr. fișei
- data examinării
- constatări
- concluzii
- semnătura și parafa medicului

**E. OFTALMOLOGIE**

- nr. fișei
- data examinării
- constatări
- concluzii
- semnătura și parafa medicului

**F. O.R.L.**

- nr. fișei
- data examinării
- constatări
- concluzii
- semnătura și parafa medicului

**ALTE MENȚIUNI:**

**Solicitantul a declarat în fișa de consultație toate bolile de care a suferit sau de care suferă în prezent iar când va urma un tratament medical se obligă să anunțe medicul că este posesor de permis de conducere.**

**SEMNĂTURA,**

**CONCLUZIA MEDICULUI ȘEF DE DISPENSAR POLICLINIC  
APT/INAPT de a conduce autovehicule.**

**Semnătura și parafa medicului**

---