

IMSP: S.R. Faldos  
Adresa: Med. de ac. 38  
Tel.: \_\_\_\_\_

**DOSAR MEDICAL**

Numele Dudres, prenumele Clodovea CP 098210137 6111  
Sex: M , F , data nașterii 2.08.1962 vârstă 62  
Adresa: Sec. 10  
Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Profesia/funția psicolog  
Unitatea economică URP Yembard  
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
Bolii profesionale: da , nu   
Accident de muncă: da , nu   
Fumat: 0 , de la \_\_\_\_\_ ani, în medie \_\_\_\_\_ țigări/zi  
Alcool: 0 , ocazional   
Medic de familie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

**DECLARAȚIE PE PROPRIARĂ SPUNDERE:**

- nu sunt în evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
- nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
- nu consum droguri;
- am fost diagnosticat(ă)

și administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura



Data

24.01.20

**EXAMENESUPLIMENTARE:**

┌  
┌

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic:

*sanabil*

**CONCLUZIE MEDICALĂ  
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori iderisc:
Apt	<input checked="" type="checkbox"/> 21.10.2024
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări \_\_\_\_\_

Medic medicină ar funcții sau cu competențe în medicină muncii

(nume, prenume, semnătură)

Data:

*21.10.2024*

Data următorului examen medical:

*01.11.2024*

IMSP: SA Fallem  
Adresa: Str. M. M. 58  
Tel.: \_\_\_\_\_

**DOSAR MEDICAL**

Numele Overtens, prenumele Andrei CP 2000059 013 394  
Sex: M  , F  , data nașterii 17.05.1960 vârstă 64  
Adresa: Bogorova  
Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Profesia/funția salub  
Unitatea economică SM Yomburde  
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
Bol profesionale: da  , nu   
Accident de muncă: da  , nu   
Fumat: 0  , de la 18 ani, în medie 10 țigări/zi  
Alcool: 0  , ocazional   
Medic de familie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

**DECLARAȚIE PE PROPRIARĂ SPUNDERE:**

- nu sunt în evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, bolipsihice,  
neurologice, neuropsihice;  
- nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;  
- nu consum droguri;  
- am fost diagnosticat(ă)  
si administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea  
mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii  
din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter  
personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura

Data

24.01.20

**EXAMENESUPLIMENTARE:**

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: *19/1/24*

**CONCLUZIE MEDICALĂ  
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori derisc:
Apt	<input type="checkbox"/> <i>01-01-2024</i>
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

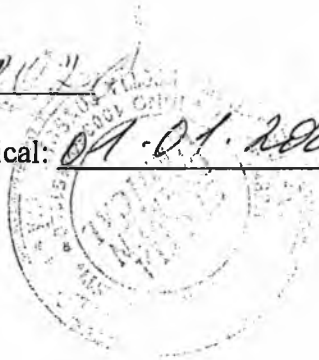
Recomandări *recomandare*

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura) *[Signature]*

Data: *01-01-2024*

Data următorului examen medical: *01-01-2024*



la Regulamentul sanitar cu privire la  
supravegherea sănătății lucrătorilor

IMSP:S R FALESTI

ADRESA ST CEL MARE 38

Tel.:

## DOSAR MEDICAL

Numele Yuberac, prenumele Joli CP 094-26063442 65  
 Sex: M  , F  , data nașterii 16.01.1965 vârstă 60  
 Adresa: Redu de Yes  
 Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
 Profesia/funcția si unu  
 Unitatea economică membru  
 Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
 Boli profesionale: da  , nu   
 Accidente de muncă: da  , nu   
 Fumat:  de la \_\_\_\_\_ ani, în medie 10 țigări/zi  
 Alcool:  , ocazional   
 Medic defamilie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE:

- Nu sunt la evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
- Nu am înainte cedente în prezent nu am hepatită virală tip A,B,C, TBC, LUES, HIV;
- Nu consum droguri;
- Am fost diagnosticat(ă) și administrez/ nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

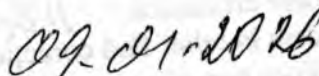
Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura



Data



**Concluzia examenului clinic:**

sănătos clinic în momentul examinării

diagnostic: +- MA

Numele și semnătura medicului Ma era m/f cu  
Prabonu

**EXAMENE PARACLINICE** (conform anexei nr.1 la Regulament):

examen hematologic

spirometrie

RPS

9.01.26 mer  
an

examen biochimic

ECG

examen sumar de urina

alte

9.01.26 mer  
an

**EXAMENE SUPLIMENTARE:**

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: MA

**CONCLUZIE MEDICALĂ**  
Pentru exercitarea profesiei/funcției

Concluzie	Factori de risc:
Apt	<input type="checkbox"/> <u>07.01.2024</u>
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări evidența m/f

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

(nume, prenume, semnătura)

Data: 07.01.2026

Data următorului examen medical: 07.01.2024

la Regulamentul sanitar cu privire la  
supravegherea sănătății lucrătorilor

IMSP:S R FALESTI

ADRESA ST CEL MARE 38

Tel.:

## DOSAR MEDICAL

Numele Navasnie, prenumele Valesi CP 094 280156852  
 Sex: M  , F  , data nașterii 01.06.1964 vârstă 38  
 Adresa: Egurenca  
 Nr. telefon: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Profesia/funcția oficiner  
 Unitatea economică Smb. Yembura  
 Activități îndeplinite la actualul loc de munca: \_\_\_\_\_  
 Boli profesionale: da  , nu   
 Accidente de muncă: da  , nu   
 Fumat: 0  , de la \_\_\_\_\_ ani, în medie 10 țigări/zi  
 Alcool: 0  , ocazional   
 Medic defamilie: \_\_\_\_\_ , tel.: \_\_\_\_\_

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE:

- Nu sunt la evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
- Nu am înainte cedente în prezent nu am hepatită virală tip A,B,C, TBC, LUES, HIV;
- Nu consum droguri;
- Am fost diagnosticat(ă) și administrez/ nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

  
 Semnătura
Data 09.01.2016

**Concluzia examenului clinic:**

sănătos clinic în momentul examinării

diagnostic: +- *SA*

Numele și semnătura medicului \_\_\_\_\_ *SA*

**EXAMENE PARACLINICE** (conform anexei nr.1 la Regulament):

examen hematologic

spirometrie

RPS *9.11.26. ncu*

examen biochimic

ECG *9.11.26*

examen sumar de urina  alte *46.07.24*

**EXAMENE SUPLIMENTARE:**

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: *sănătos*

**CONCLUZIE MEDICALĂ**

**Pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	Factori de risc:
Apt	<i>SA 01.11.2024</i>
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări *mențur SA la med. SA*

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

(nume, prenume, semnătura) *SA*

Data: *01.11.2024*

Data următorului examen medical: *01.11.2024*

IMSP: S. D. Fălăuș  
Adresa: Str. Al. I. Cuza  
Tel.: \_\_\_\_\_

**DOSAR MEDICAL**

Numele Ularvan, prenumele Pscolas CP 2005 034036944  
Sex: M , F , data nașterii 01.02.1984 vârstă 36  
Adresa: S. Veche  
Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Profesia/funcția chirurg  
Unitatea economică S. P. Yumbud  
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
Bol profesionale: da , nu   
Accident de muncă: da , nu   
Fumat: 0 , de la \_\_\_\_\_ ani, în medie \_\_\_\_\_ țigări/zi  
Alcool: 0 , ocazional   
Medic de familie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

**DECLARAȚIE PE PROPRIARĂSPUNDERE:**

- nu sunt în evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
  - nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
  - nu consum droguri;
  - am fost diagnosticat(ă)
- și administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura Ularvan

Data 24.01.2020

**EXAMENESUPLIMENTARE:**

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic:

*sanares*

**CONCLUZIE MEDICALĂ  
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori iderisc:
Apt	<input type="checkbox"/> <i>01.01.2026</i>
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări \_\_\_\_\_

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

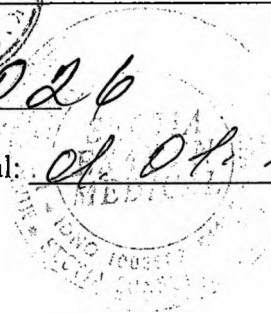
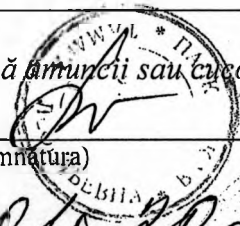
(nume, prenume, semnătură)

Data:

*01.01.2026*

Data următorului examen medical:

*01.01.2026*



IMSP: SR Falla  
Adresa: Heel 111138  
Tel.: \_\_\_\_\_

DOSAR MEDICAL

Numele Covacs, prenumele Ypenadre CP 0981606344040  
Sex: M  F , data nașterii 14.03.1988 vârstă 36  
Adresa: Nuherior 18  
Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Profesia/funcția et auto  
Unitatea economică SRH Yemberd 4  
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
Bol profesionale: da , nu   
Accident de muncă: da , nu   
Fumat: 0 , de la \_\_\_\_\_ ani, în medie \_\_\_\_\_ țigări/zi  
Alcool: 0 , ocazional   
Medic de familie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

DECLARAȚIE PE PROPRIARĂSPUNDERE:

- nu sunt în evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
  - nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
  - nu consum droguri;
  - am fost diagnosticat(ă)
- și administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura [Signature]

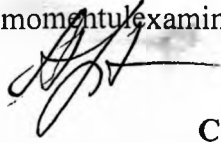
Data 24.01.25

**EXAMENESUPLIMENTARE:**

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic:



**CONCLUZIE MEDICALĂ  
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori iderisc:
Apt	<input checked="" type="checkbox"/> 01.01.2024
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări \_\_\_\_\_

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătură)

Data

01.01.2024

Data următorului examen medical:

01.01.2024

la Regulamentul sanitar cu privire la  
supravegherea sănătății lucrătorilor

IMSP: S R FALESTI  
ADRESA ST CEL MARE 38  
Tel.:

## DOSAR MEDICAL

Numele Tampet, prenumele George CP 200503400357  
Sex: M , F , data nașterii 03.11.1969 vârstă 55  
Adresa: Industrială 5  
Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Profesia/funcția of auto  
Unitatea economică Sp. Yembud  
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
Boli profesionale: da , nu   
Accidente de muncă: da , nu   
Fumat: 0  Acela \_\_\_\_\_ ani, în medie 20 țigări/zi  
Alcool: 0 , ocazional   
Medic defamilie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE:

- ~~Nu sunt la evidență~~ sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
- Nu am înainte cedente în prezent nu am hepatită virală tip A,B,C, TBC, LUES, HIV;
- Nu consum droguri;
- Am fost diagnosticat(ă) și administrez/ nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura



Data

09.01.26

**Concluzia examenului clinic:**

sănătos clinic în momentul examinării

diagnostic: +- *SA*

Numele și semnătura medicului \_\_\_\_\_ *SA*

**EXAMENE PARACLINICE** (conform anexei nr.1 la Regulament):

examen hematologic

spirometrie

RPS *9.01.26 Norm*

examen biochimic

ECG *9.01.26*

examen sumar de urina

alte *U.S.R.*

**EXAMENE SUPLIMENTARE:**

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: \_\_\_\_\_ *SA*

**CONCLUZIE MEDICALĂ**  
Pentru exercitarea profesiei/funcției

Concluzie	Factori de risc:
Apt	<input checked="" type="checkbox"/> <i>01.01.2024</i>
Apt condiționat	<input type="checkbox"/>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

*membru TA la m/f*

Recomandări

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

\_\_\_\_\_  
(nume, prenume, semnătura)

Data:

*21.01.2026*

Data următorului examen medical:

*01.01.24*

IMSP: S R Faltas  
Adresa: Strada 38  
Tel.: \_\_\_\_\_

**DOSAR MEDICAL**

Numele Yurca, prenumele Yurie CP 2004034080459  
Sex: M , F , data nașterii 04.11.1959 vârstă 65  
Adresa: Logorara  
Nr. telefon: \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Profesia/funția ef auto  
Unitatea economică S R Yembard  
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: \_\_\_\_\_  
Bol profesionale: da , nu   
Accident de muncă: da , nu   
Fumat: 0 , de la 18 ani, în medie 8 țigări/zi  
Alcool: 0 , ocazional   
Medic de familie: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

**DECLARAȚIE PE PROPRIARĂSPUNDERE:**

- nu sunt în evidență sau nu urme de tratament pentru epilepsie, bolipsihice, neurologice, neuropsihice;
  - nu am în antecedente în prezent nu am hepatită virală tip A, B, C, TBC, LUES, HIV;
  - nu consum droguri;
  - am fost diagnosticat(ă)
- și administrez/nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

În caz de necesitate de a fi consultat de către medicii din instituție sau de către medicii din alte instituții medicale, îmi exprim acordul pentru transmiterea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate către acești medici în scopul consultului și tratamentului meu.

Semnătura



Data

24. 01. 25

**EXAMENESUPLIMENTARE:**

┌  
┌

**Concluzii:**

sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: *HTA*

**CONCLUZIE MEDICALĂ  
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori derisc:
Apt	<input type="checkbox"/>
Apt condiționat	<input checked="" type="checkbox"/> <i>01.01.2024</i>
Inapt temporar	<input type="checkbox"/>
Inapt	<input type="checkbox"/>

Recomandări:

*evitarea si tratam la ruf*

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura)

Data:

*21.01.2024*

Data următorului examen medical:

*01.01.2024*