

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: _____
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 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"/> <i>21.10.2024</i>
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 Overmirens, prenumele Andrei CP 2000059 013 394
Sex: M F , data nașterii 17.05.1960 vârstă 54
Adresa: Bogorova
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funția salub
Unitatea economică SM Yomburde
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: _____
Boli 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, 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)
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: *19/1/1*

**CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției**

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

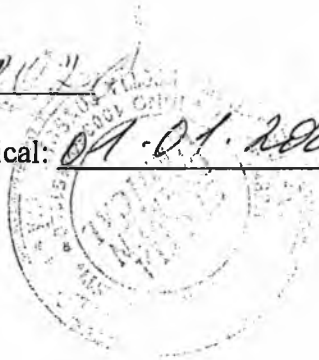
Recomandări *recomandare*

Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura)

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: 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:

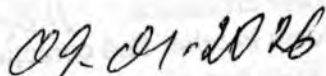
Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

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



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 094280156852
 Sex: M , F , data nașterii 01.06.1967 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

09.01.2026

Concluzia examenului clinic:

sănătos clinic în momentul examinării

diagnostic: +- *[Signature]*

Numele și semnătura medicului *[Signature]*

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. 2024*

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"/>

mențur SA la med. senu

Recomandări

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

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

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 Rscolas 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: *sănătos*

**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 *muncii* sau cu competențe în medicină *muncii*

(nume, prenume, semnătură)

Data: *01.01.2026*

Data următorului examen medical: *01.01.2026*

IMSP: SR Falla
Adresa: Hotel Diana 38
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Covacs, prenumele Syrenadre CP 0981606344040
Sex: M F , data nașterii 14.05.1988 vârstă 36
Adresa: Nușterilor 18
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funția et auto
Unitatea economică SRH Yemberd
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]

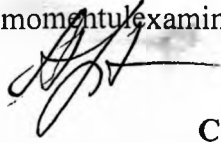
Data 24.01.25

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 Tampes, 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: Str. cel Mare 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 urmez tratament pentru epilepsie, bol 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. 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