

IMSP: SR Follis
Adresa: Med. de ac. 38
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Dudres, prenumele Ygor CP 098240137 6111
Sex: M ☐ , F ☐ , data nașterii 2.08.1962 vârstă 62
Adresa: Sec. 10
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția ps. auto
Unitatea economică Ury Yembind
Activități în deplină activitate 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

24.01.28

EXAMENESUPLIMENTARE:

Concluzii:

☐ sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic:

sanat

**CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori derisc:
Apt	☒ <i>21.10.2024</i>
Apt condiționat	☐
Inapt temporar	☐
Inapt	☐

Recomandări

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicină muncii

(nume, prenume, semnătură)

Data:

21.10.2024

Data următorului examen medical:

01.11.2024

IMSP: SA Fellen
Adresa: Str. M. 38
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Oveerens, prenumele Andrei CP 2000039 013 394
Sex: M ☒ F ☐, data nașterii 17.03.1960 vârstă 64
Adresa: B. Goronea
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția salub
Unitatea economică SPY Yomburda
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 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

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	☐ 01-01-2024
Apt condiționat	☐
Inapt temporar	☐
Inapt	☐

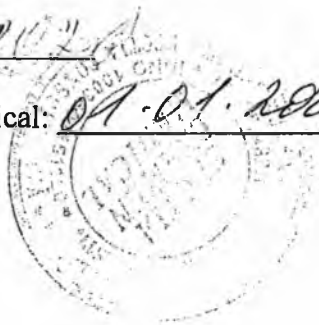
Recomandări recomandări

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 Jos CP 094 210 634 265
 Sex: M ☒ , F ☐ , data nașterii 16.01.1965 vârstă 60
 Adresa: Adresa de Jos
 Nr. telefon: _____, e-mail _____
 Profesia/funcția cf. actului
 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:

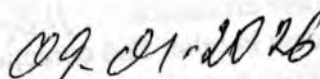
Îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea mea de sănătate în legătură cu activitatea profesională.

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: +- SANumele și semnătura medicului Dr. Crista m/f a
Prabonu**EXAMENE PARACLINICE** (conform anexei nr.1 la Regulament):☐ examen hematologic☐ spirometrie☐ RPSfol. 26 mer
an☐ examen biochimic☐ ECG☐ examen sumar de urina☐ altefol. 26 mer
an**EXAMENE SUPLIMENTARE:**☐☐**Concluzii:**

[] sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic: SA**CONCLUZIE MEDICALĂ****Pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	Factori de risc:
Apt	[] <u>01.01.2024</u>
Apt condiționat	[]
Inapt temporar	[]
Inapt	[]

Recomandări evidența m/f

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

(nume, prenume, semnătura)

Data: 01.01.2024Data 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 Carvassie, prenumele Valea CP 094280158852
 Sex: M ☐ , F ☐ , data nașterii 01.06.1964 vârstă 38
 Adresa: Egurenca
 Nr. telefon: _____ e-mail _____
 Profesia/funcția efect
 Unitatea economică Smb. Yembura
 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:

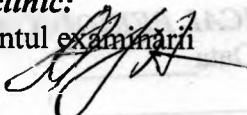
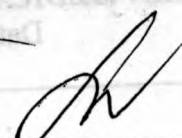
- Nu sunt la evidență sau nu urmez tratament pentru epilepsie, boli psihice, neurologice, neuropsihice;
- Nu am înalte cedente în prezent nu am hepatită virală tip A,B,C, TBC, LUES, HIV;
- Nu consum droguri;
- Am fost diagnosticat(ă) și administrez/ nu administrez tratament pentru următoarele patologii:

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 02.01.2026

Concluzia examenului clinic:☐ sănătos clinic în momentul examinării☐ diagnostic: +- Numele și semnătura medicului **EXAMENE PARACLINICE** (conform anexei nr.1 la Regulament):☐ examen hematologic☐ spirometrie☐ RPS *9.01.26. nu*☐ examen biochimic☐ ECG *9.01.26*☐ examen sumar de urina ☐ alte *46. 07.24***EXAMENE SUPLIMENTARE:**☐☐**Concluzii:**☐ sănătos clinic în momentul examinăriiDiagnostic: *sănătos***CONCLUZIE MEDICALĂ****Pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	Factori de risc:
Apt	<i>SA 01.01.2024</i>
Apt condiționat	☐
Inapt temporar	☐
Inapt	☐

Recomandări *monstru SA la med. fam*

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

(nume, prenume, semnătura) Data: *01.01.2024*Data următorului examen medical: *01.01.2024*

IMSP: S. A. Fălăuș
Adresa: Str. Al. I. Cuza
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Ularu, prenumele Prodan CP 2005 034036944
Sex: M ☒ , F ☐ , data nașterii 01.02.1984 vârstă 36
Adresa: Str. Veche
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția cl. auto
Unitatea economică SAU 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 Ularu

Data 24.01.2020

EXAMENESUPLIMENTARE:

Concluzii:

☐ sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic:

sana rez

**CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori de risc:
Apt	☐ <i>01.01.2026</i>
Apt condiționat	☐
Inapt temporar	☐
Inapt	☐

Recomandări

Medic de medicină muncii sau cu competențe în medicină muncii

(nume, prenume, semnătură)

Data:

21.01.2026

Data următorului examen medical:

01.01.2026

IMSP: SR Fallor
Adresa: 11 cel. 1111138
Tel.: _____

DOSAR MEDICAL

Numele Covacs, prenumele Ypenadre CP 0981606344040
Sex: M ☐ F ☒, data nașterii 14.05.1988 vârstă 36
Adresa: nuherior 18
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția 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, 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

[Signature]

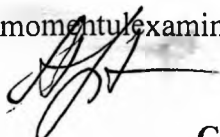
Data 24.01.25

EXAMENESUPLIMENTARE:

Concluzii:

[] sănătos clinic în momentul examinării

Diagnostic:

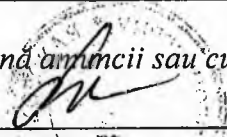


**CONCLUZIE MEDICALĂ
pentru exercitarea profesiei/funcției**

Concluzie	factori derisc:
Apt	☒ 01.01.2024
Apt condiționat	☐
Inapt temporar	☐
Inapt	☐

Recomandări

Medic de medicină muncii sau cu competențe în medicină muncii



(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 Tamper, prenumele Theodore CP 200503400357
Sex: M ☐ , F ☐ , data nașterii 03.11.1969 vârstă 55
Adresa: Industria 5
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția of auto
Unitatea economică Industria 5
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 de familie: _____, 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: +- *STP*Numele și semnătura medicului *Sh***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*Utl. 5.8.2***EXAMENE SUPLIMENTARE:**☐☐**Concluzii:**☐ sănătos clinic în momentul examinăriiDiagnostic: *STP***CONCLUZIE MEDICALĂ**
Pentru exercitarea profesiei/funcției

Concluzie	Factori de risc:
Apt	<i>01.01.2024</i>
Apt condiționat	[]
Inapt temporar	[]
Inapt	[]

Recomandări *memorabil TA la m/f*

Medic de medicină a muncii sau cu competențe în medicina muncii

(nume, prenume, semnătura) *Sh*

Data:

21.01.2026

Data următorului examen medical:

01.01.27

IMSP:

Adresa:

Tel.:

DOSAR MEDICAL

Numele Yurcal, prenumele Yur CP 2004034080459
Sex: M ☐ , F ☐ , data nașterii 04.11.1959 vârstă 65
Adresa: 690000
Nr. telefon: _____, e-mail _____
Profesia/funcția ef auto
Unitatea economică Spy Yembord
Activități îndeplinite la actualul loc de muncă: _____
Bolii 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, bolii 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	☐
Apt condiționat	☒ <i>01.01.2024</i>
Inapt temporar	☐
Inapt	☐

Recomandări

evitarea si tratam la mst
Medic de medicină amuncii sau cu competențe în medicină amuncii

(nume, prenume, semnătura)

Data:

Data următorului examen medical:

01.01.2024