

IMSP DMDV  
mun. Chișinău

Documentație medicală  
Formular aprobat  
de MS al RM  
ord. 14 din 23.01.2001



Nume Ciolpan

Prenume Adrian

Anul nașterii 14.12.1984

Grupa sanguină A II

Domiciliul S. Vleni, zona Talove

Locul de muncă ARENA - Fruct

Semnătura posesorului

Semnătura conducătorului



Ciolpan

29.01.2025

Anul 2026

IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Chișinău  
cod fiscal 1003600153337

Sectia control medical  
al contingentului periclitat  
str. Izmail 25

(domeniul- întreprinderi alimentare, instituții medicale,  
comunitate, pentru copii și corecționale ale MJ și MAI)

Ciolpan A

001521

2026

Admin

29 01 2026



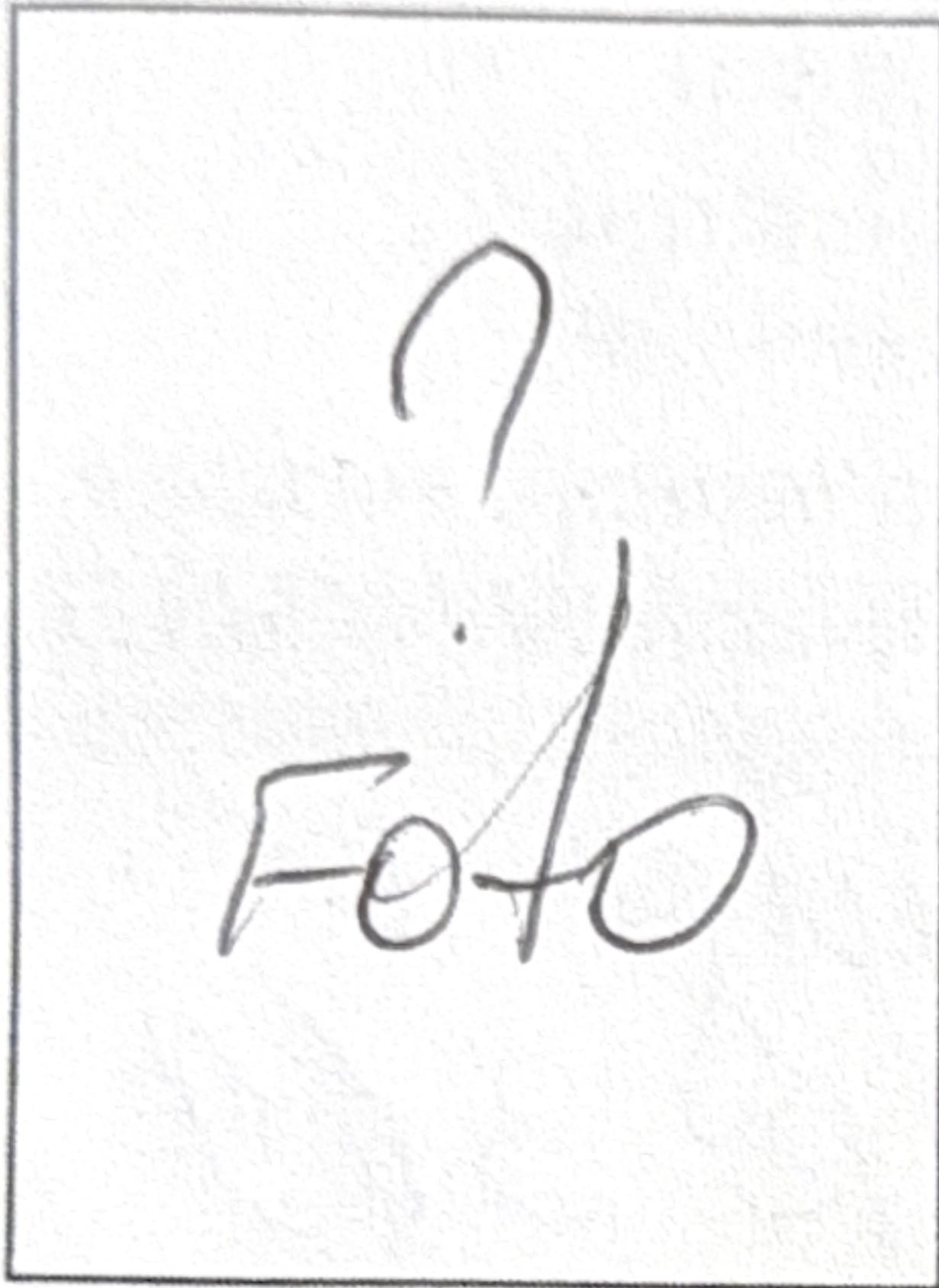
Rulpa A

372

01.26 ds

IMSP DMDV  
mun. Chișinău

Documentație medicală  
Formular aprobat  
de MS al RM  
ord. 14 din 23.01.2001



Nume Vedcescu

Prenume Cosciug

Anul nașterii 10-11-1988

Grupa sanguină \_\_\_\_\_

Domiciliul D. Stăncu

Locul de muncă Arena Fact

Semnătura posesorului

Semnătura conducătorului



28  
551654  
2020

Anul 2026

IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Chişinău  
cod fiscal 1003600153337

Sectia control medical  
al contingentului periclitat  
str. Izmail 25

(domeniul- întreprinderi alimentare, instituții medicale,  
~~Dezinfecția pentru~~ și corecționale ale MJ și MAI)



Coscina V  
PR 309  
Dr. 26

8. Datele privind aflarea la evidență, starea sănătății în momentul examenului medical, diagnosticul:

Данные о нахождении на учете, состоянии здоровья на момент обследования.

диагноз:

Medicului de familie

Семейный врач

*Pe starea sa de sanatate*  
*abs. starea sa de sanatate*  
*este buna, fara semne de boala*  
*si nu prezinta nici un fel de simptome*  
*care sa indice o boala.*

9. Vaccinări preventive conform (a indica data)

Профилактические прививки (указать дату)

*nu sunt vaccinate*  
*de la data 14.07.2014*

10. Concluzie medicală privind aptitudinea profesională

Врачебное заключение о профессиональной пригодности

*apt pentru activitate profesionala*

Medicului de familie

semnătura - подпись

Centrul de asistență medicală primară

учреждение первичной медицинской помощи



NOTA: Concluzia privind aptitudinea profesională se eliberează de către medicul de familie persoanelor în conformitate cu lista instrucțiunilor metodice despre selectarea medicală, care țin a fi admise în instituțiile de învățământ superior profesional, mediu profesional, colegii și la angajare în serviciu pentru cazurile stabilite de actele normative în vigoare, când pentru aceasta nu sunt stabilite alte forme de adevărte medicale.

ПРИМЕЧАНИЕ: Заключение о профессиональной пригодности выдается семейным врачом лицам, в соответствии с перечнем методических указаний по медицинскому отбору поступающих в учебные заведения высшего профессионального, среднего профессионального образования, колледжи и поступающих на работу в случаях, предусмотренных действующим законодательством, когда для этого не предусмотрены другие формы медицинских справок.

CENTRUL DE SĂNĂTATE STĂUCENI / СЕРВИС DE SĂNĂTATE STĂUCENI  
 REPUBLICA MOLDOVA / РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА - SANITATĂ PUBLICĂ  
 MD-4839, mün. Chişinău, com. Stăuceni  
 CT 1003600153061  
 Nr. \_\_\_\_\_ de familie a instituției \_\_\_\_\_  
 La nr. \_\_\_\_\_ наименование учреждения \_\_\_\_\_

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ  
 Formular Nr.086/e  
 Aprobat de MS al RM nr.828 din 31.10.11  
 Утверждена МЗ РМ

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ nr. 83  
 МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Concluzia medicală se completează pentru abiturienții instituțiilor de învățămînt superior profesional și mediu profesional, colegiilor și persoanelor la angajarea în serviciu pentru determinarea stabilirea aptitudinii profesionale.

Врачебное заключение заполняется на абитуриентов, поступающих в учебные заведения высшего профессионального и среднего профессионального образования, колледжи и лиц поступающих на работу, для определения профессиональной годности.

din 15 » 04 2015

1. Eliberată IMM CS Stăuceni  
 Выдана \_\_\_\_\_  
 denumirea și adresa instituției care a eliberat adeverința  
 наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Denumirea instituției de învățămînt, organizației care solicită adeverința  
 Наименование учебного заведения, работы, куда представляется справка

3. Numele, prenumele Sveberin Oly  
 Фамилия, имя, отчество

Număr de identificare 1003600153061  
 Идентификационный номер

4. Sexul: M/F  
 Пол: М/Ж

5. Data nașterii 08.07.1972  
 Дата рождения

6. Adresa la domiciliu: Stăuceni  
 Адрес местожительства

7. Afecțiuni antecedente \_\_\_\_\_  
 Перенесенные заболевания

de ex. diabet  
bet cronic