

exp. 10/10



*Numele,
Prenumele* **LAVORSCHII
MIHAIL IVAN**

Anul nașterii **19.07.1961**

Grupa sanguină **A (II)Rh+**

Locul de muncă **SA JLC**

Domiciliu **BUREBISTA 66/5-48**

ANUL *2023*

Data	Concluzia medicului, admiterea în serviciu	Semnătura medicului
------	--	---------------------

Locul de muncă _____

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
 Agenția Națională pentru Sănătate Publică
 Centrul de Sănătate Publică Chișinău
EXAMEN INSTRUIRE IGIENICĂ
 28. **SUSTINUT** 08 23
 Semnătura *Inoșenii M*

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
 Agenția Națională pentru Sănătate Publică
 Centrul de Sănătate Publică Chișinău
5149 23.08.23 **detectat**
 Semnătura *[Signature]*

08-08-23
Terapeut
DTA: Iacob
[Signature]

ANUL

Data	Concluzia medicului, admiterea în serviciu	Semnătura medicului
------	--	---------------------

Locul de muncă _____

CONTROL MEDICAL
 Nr. **004616** **032975** 2023
 FN: *[Signature]*
 MRS Nr: *[Signature]*
 Gu Nr: *[Signature]*
 ADMIS: *10 X*
 MEDIC: *Custur*
Admis
[Signature]
10 X 2023