Judeţul . . . . . . . . . .

Localitatea . . . . . . . . . .

Cabinet medic de familie . . . . . . . . . .

ADEVERINŢĂ

Prin prezenta se adevereşte că: dna/dl . . . . . . . . . ., cu domiciliul în: judeţul . . . . . . . . . . localitatea . . . . . . . . . ., str. . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., în calitate de părinte/reprezentant legal al copilului/copiilor . . . . . . . . . . născut/născuţi la data de . . . . . . . . . ., a efectuat în data de . . . . . . . . . . controlul medical al stării de sănătate a acestuia/acestora, în conformitate cu prevederile Legii nr. 91/2014 privind acordarea unei zile lucrătoare libere pe an pentru îngrijirea sănătăţii copilului.

S-a eliberat prezenta pentru a-i servi la: . . . . . . . . . .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Data eliberării: Anul . . . . . . . . . . luna . . . . . . . . . . ziua . . . . . . . . . . | Semnătura şi parafa medicului, L.S. . . . . . . . . . . |