

CMI Dr. \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

**SCRISOARE MEDICALĂ**  
**Către Comisia de Expertiză a Persoanelor cu Handicap**

Numele și prenumele: \_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_, Vârsta: \_\_\_\_\_ ani

**1. Anamneza**

---

---

---

---

*a. antecedente personale patologice*

---

---

---

---

**2. Diagnosticul medical**

*a. principal*

---

---

---

---

---

*b. altele*

---

---

---

**3. Certificatele medicale actuale** (se specifică numărul, data, instituția emitentă și numele medicului care a eliberat certificatul)

---

---

---

---

---

**4. Internări în spital** (data, instituția emitentă și diagnosticul la ieșirea din spital)

---

---

---

**5. Persoana**

Persoana se poate / nu se poate deplasa.

Data completării

---

Semnătura și parafa medicului de familie

---