Cabinet medical
.....
(numele și prenumele medicului de familie al candidatului/candidatei)
Nr. ...../.....

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ

Se adevereşte că domnul/doamna ....., născut(ă) în anul ....., luna ....., ziua ....., legitimat(ă) cu C.I./B.I. seria ..... nr. ....., emis(ă) de la data ....., cod numeric personal [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], este înscris(ă) pe lista de capitație începând cu data ..... .

Se află [ ]/Nu se află [ ] în evidență sau sub observație cu:

1. Antecedente personale patologice[1]:
.....
.....
.....

[1] Aptitudinea medicală pentru admitere/încadrare în MAI este stabilită pe baza baremelor medicale specifice aprobate prin anexa la Ordinul ministrului apărării naționale, al ministrului afacerilor interne, al ministrului justiției, al directorului Serviciului Român de Informații, directorului Serviciului de Informații Externe, al directorului Serviciului de Telecomunicații Speciale și al directorului Serviciului de Protecție și Pază nr. M.194/2022/179/2022/ 165/C/2023/9.507/2022/389/2022/48/2023/4.297/2022 pentru aprobarea baremului medical privind efectuarea examenului medical pentru admiterea în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pe perioada școlarizării elevilor și studenților în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pentru ocuparea funcțiilor de soldat/gradat profesionist, precum și pentru candidații care urmează a fi chemați/rechemați/încadrați/reîncadrați în rândul cadrelor militare în activitate/polițiștilor în serviciu/polițiștilor de penitenciare.

2. Boli neuropsihice (acute sau cronice) și în mod distinct toxicomaniile (inclusiv alcoolismul etc.)
.....
.....

Clinic sănătos: Da [ ]/Nu [ ]

Prezenta adeverință medicală se eliberează pentru participarea la concursul de admitere la o instituție de învățământ MAI/concursul de încadrare în MAI.

Data .....

Semnătura și parafa medicului de familie

NOTĂ:

În conformitate cu prevederile legislației în vigoare, îmi asum întreaga responsabilitate privind acuratețea și corectitudinea datelor furnizate de subsemnatul/subsemnata, sub semnătură, parafă și ștampila cabinetului de medicină de familie.

Diagnosticele se vor completa cu majuscule, fără prescurtări, cu excepția abrevierilor medicale unanim recunoscute.

Atenție! Se vor consemna doar afecțiunile medicale confirmate, documentate medical.

NOTĂ:

Documentul conține date cu caracter personal ce intră sub incidența Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor); diseminarea/manipularea acestui document va fi efectuată cu respectarea cadrului legal invocat.

MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
Direcția medicală
Unitatea .....

Din analiza conținutului prezentei adeverințe se constată:

[ ] **POATE PARTICIPA** la concursul de admitere la o instituție de învățământ care formează personal pentru nevoile MAI/concursul de încadrare în MAI, conform prezentei adeverințe medicale eliberate de medicul de familie. SAU [1] „INAPT" [ ], conform paragrafului nr. ..... din anexa la Ordinul ministrului apărării naționale, al ministrului afacerilor interne, al ministrului justiției, al directorului Serviciului Român de Informații, al directorului Serviciului de Informații Externe, al directorului Serviciului de Telecomunicații Speciale și al directorului Serviciului de Protecție și Pază nr. M.194/2022/179/2022/165/C/2023/ 9.507/2022/389/2022/48/2023/4.297/20222) (în baza antecedentelor patologice personale, afecțiunilor, bolilor neuropsihice și toxicomaniilor consemnate de către medicul de familie), sens în care **NU POATE PARTICIPA** la concursul de admitere la o instituție de învățământ care formează personal pentru nevoile MAI/concursul de încadrare în MAI.

Data .....
Semnătura și parafa medicului de unitate

NOTĂ:
Documentul conține date cu caracter personal ce intră sub incidența Regulamentului (UE) 2016/679; diseminarea/manipularea acestui document va fi efectuată cu respectarea cadrului legal invocat.

---

[1] Se va completa doar în situația în care este menționată în adeverința medicală o afecțiune care determină expres inaptitudinea medicală prin raportare la baremele medicale în vigoare.
[2] Pentru aprobarea baremului medical privind efectuarea examenului medical pentru admiterea în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pe perioada școlarizării elevilor și studenților în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pentru ocuparea funcțiilor de soldat/gradat profesionist, precum și pentru candidații care urmează a fi chemați/rechemați/încadrați/reîncadrați în rândul cadrelor militare în activitate/polițiștilor în serviciu/polițiștilor de penitenciare.

FAȚĂ

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT
(recrutare polițiști/polițiști de frontieră/jandarmi)

Subsemnatul(a), ..., CNP ....., domiciliat(ă) în str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul ....., localitatea ....., județul ....., telefon .....,

am fost informat(ă) cu privire la faptul că examinarea medicală a subsemnatului(ei) se face în conformitate cu Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 105/2020 privind examinarea medicală a candidaților la concursurile de admitere în instituțiile de învățământ care formează personal pentru nevoile Ministerului Afacerilor Interne, precum și la concursurile de încadrare în Ministerul Afacerilor Interne, cu modificările și completările ulterioare.

Am fost informat(ă) cu privire la faptul că aptitudinea mea medicală este stabilită pe baza baremului medical privind efectuarea examenului medical pentru admiterea în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pe perioada școlarizării elevilor și studenților în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pentru ocuparea funcțiilor de soldat/gradat profesionist, precum și pentru candidații care urmează a fi chemați/rechemați/încadrați/reîncadrați în rândul cadrelor militare în activitate/polițiștilor în serviciu/polițiștilor de penitenciare, aprobat prin Ordinul ministrului apărării naționale, al ministrului afacerilor interne, al ministrului justiției, al directorului Serviciului Român de Informații, al directorului Serviciului de Informații Externe, al directorului Serviciului de Telecomunicații Speciale și al directorului Serviciului de Protecție și Pază nr. M.194/2022/179/2022/165/C/2023/9.507/2022/389/2022/48/2023/4.297/2022.

Cunosc faptul că examinarea medicală se realizează după susținerea celorlalte probe de concurs și că în urma examinării medicale pot fi declarat inapt medical pentru admitere în instituțiile de învățământ care formează personal pentru nevoile MAI/încadrare în MAI și îmi asum consecințele ce derivă din aceasta.

Cunoscând prevederile art. 326 privind falsul în declarații din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, declar pe propria răspundere următoarele:

1. am suferit [ ]/nu am suferit [ ]/sufăr [ ]/nu sufăr [ ] de boli neuropsihice, boli cronice sau infectocontagioase;
2. am [ ]/nu am [ ] tatuaje ori elemente ornamentale, de orice natură, aplicate, inserate sau implantate pe față și/sau gât, precum și în alte zone ale capului;
3. am [ ]/nu am [ ] tatuaje ori elemente ornamentale prezente pe alte zone ale corpului, cu excepția feței și/sau gâtului, precum și altor zone ale capului, iar tatuajele ori elementele ornamentale pe care le am reprezintă sau semnifică [ ]/nu reprezintă sau nu semnifică [ ] (Se completează olograf de către candidat numai dacă este cazul.) simboluri, mesaje, sloganuri sau reprezentări de natură să incite la violență, ură sau discriminare ori să aibă conotații politice, fasciste, legionare, rasiste sau xenofobe;
4. am [ ]/nu am [ ] cunoștință despre existența unor afecțiuni medicale care să împiedice susținerea probelor sportive de către subsemnatul(a).

Data ..... **Semnătura candidatului(ei)** .....

NOTĂ:

Documentul conține date cu caracter personal ce intră sub incidența Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor); diseminarea/manipularea acestui document va fi efectuată cu respectarea cadrului legal invocat.

VERSO

(Se completează olograf de către candidat numai dacă este cazul.)

Subsemnatul(a), ..., CNP ....., domiciliat(ă) în str. ..... nr. ….., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul ....., localitatea ....., județul ....., telefon .....,
am următoarele tatuaje ori elemente ornamentale aplicate, inserate sau implantate pe/în întreg corpul:

Nr. crt.	Tip	Zona corpului unde este localizat	Formă și dimensiuni	Scurtă descriere Ce reprezintă/semnifică?	Parafa și semnătura medicului
1.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
2.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
3.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
4.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
5.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				

Data ..... **Semnătura candidatului(ei)** .....

NOTĂ:

Documentul conține date cu caracter personal ce intră sub incidența Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor); diseminarea/manipularea acestui document va fi efectuată cu respectarea cadrului legal invocat.

FAȚĂ

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT
(recrutare pompieri)

Subsemnatul(a), ..., CNP ....., domiciliat(ă) în str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul ....., localitatea ....., județul ....., telefon .....,

am fost informat(ă) cu privire la faptul că examinarea medicală a subsemnatului(ei) se face în conformitate cu Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 105/2020 privind examinarea medicală a candidaților la concursurile de admitere în instituțiile de învățământ care formează personal pentru nevoile Ministerului Afacerilor Interne, precum și la concursurile de încadrare în Ministerul Afacerilor Interne, cu modificările și completările ulterioare.

Am fost informat(ă) cu privire la faptul că aptitudinea mea medicală este stabilită pe baza baremului medical privind efectuarea examenului medical pentru admiterea în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pe perioada școlarizării elevilor și studenților în unitățile/instituțiile de învățământ militar, de informații, de ordine publică și de securitate națională, pentru ocuparea funcțiilor de soldat/gradat profesionist, precum și pentru candidații care urmează a fi chemați/rechemați/încadrați/reîncadrați în rândul cadrelor militare în activitate/polițiștilor în serviciu/polițiștilor de penitenciare, aprobat prin Ordinul ministrului apărării naționale, al ministrului afacerilor interne, al ministrului justiției, al directorului Serviciului Român de Informații, al directorului Serviciului de Informații Externe, al directorului Serviciului de Telecomunicații Speciale și al directorului Serviciului de Protecție și Pază nr. M.194/2022/179/2022/165/C/2023/9.507/2022/389/2022/48/2023/4.297/2022.

Cunosc faptul că examinarea medicală se realizează după susținerea celorlalte probe de concurs și că în urma examinării medicale pot fi declarat inapt medical pentru admitere în instituțiile de învățământ care formează personal pentru nevoile MAI/încadrare în MAI și îmi asum consecințele ce derivă din aceasta.

Cunoscând prevederile art. 326 privind falsul în declarații din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, declar pe propria răspundere următoarele:

1. am suferit [ ]/nu am suferit [ ]/sufăr [ ]/nu sufăr [ ] de boli neuropsihice, boli cronice sau infectocontagioase;
2. am [ ]/nu am [ ] tatuaje ori elemente ornamentale, de orice natură, aplicate, inserate sau implantate pe față și/sau gât, în alte zone ale capului, precum și în alte zone ale corpului, iar tatuajele ori elementele ornamentale pe care le am reprezintă sau semnifică [ ]/nu reprezintă sau nu semnifică [ ] (Se completează olograf de către candidat numai dacă este cazul.) simboluri, mesaje, sloganuri sau reprezentări de natură să incite la violență, ură sau discriminare ori să aibă conotații politice, fasciste, legionare, rasiste sau xenofobe;
3. am [ ]/nu am [ ] cunoștință despre existența unor afecțiuni medicale care să împiedice susținerea probelor sportive de către subsemnatul(a).

Data ..... **Semnătura candidatului(ei)** .....

NOTĂ:

Documentul conține date cu caracter personal ce intră sub incidența Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor); diseminarea/manipularea acestui document va fi efectuată cu respectarea cadrului legal invocat.

VERSO

(Se completează olograf de către candidat numai dacă este cazul.)

Subsemnatul(a), ..., CNP ....., domiciliat(ă) în str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul ....., localitatea ....., județul ....., telefon .....,

am următoarele tatuaje ori elemente ornamentale aplicate, inserate sau implantate pe față și/sau gât, în alte zone ale capului, precum și în alte zone ale corpului:

Nr. crt.	Tip	Zona feței și/sau gâtului, în alte zone ale capului, precum și în alte zone ale corpului unde este localizat	Formă și dimensiuni	Scurtă descriere Ce reprezintă/semnifică?	Parafa și semnătura medicului
1.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
2.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
3.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
4.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				
5.	Tatuaj [ ] Element [ ] ornamental				

Data ..... **Semnătura candidatului(ei)** .....

NOTĂ:

Documentul conține date cu caracter personal ce intră sub incidența Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor); diseminarea/manipularea acestui document va fi efectuată cu respectarea cadrului legal invocat.