

Institutul de Medicină Legală Craiova

Str. V. Alecsandri nr.20

Tel.: 0251.410.674

Fax.: 0251.433.483

www.imlcraiova.ro

Cod POI – A2 Psihiatrie F1. ed.1, rev.0

Nr. /

Cerețe

Subsemnatul (a) în vârstă de ani, de profesie
....., domiciliat(ă) în, strada
....., nr., județul, având Buletinul de
Identitate (Cartea de Identitate) seria nr.

Vă rog să dispuneți să fiu examinat(ă) pentru ACTE DE DISPOZIȚIE și să mi se elibereze un
certificat medico-legal.

Semnătura,

DIRECTORULUI INSTITUTULUI DE MEDICINĂ LEGALĂ CRAIOVA

Rog eliberarea certificatului să se facă d-lui (d-nei) legitimat (ă) cu
BI/CI seria nr.

Semnătura examinat

.....

Data

.....