

Județul.....
Localitatea.....
Oficiul/Cabinetul de expertiză medicală
și recuperare a capacității de muncă
Nr...../.....200.....

Către,

.....
(unitatea unde lucrează persoana)

RECOMANDARE MEDICALĂ CU PRIVIRE LA SCHIMBAREA LOCULUI DE MUNCĂ

DI/Dna.....în vârstă de.....ani, domiciliat (ă) în.....
prestând pe ultimul loc de muncă funcția de.....la întreprinderea/instituția.....
.....a fost examinat (ă) la data de.....și s-a stabilit:

Diagnostic clinic:.....
.....
.....

Se recomandă schimbarea locului de muncă.....
.....
.....

Activități sau condiții de muncă contraindicate:.....
.....
.....

**SEMNĂTURA MEDICULUI EXPERT
AL ASIGURĂRILOR SOCIALE**
.....