ANEXA 1

Judeţul ...........................................................

Localitatea .....................................................

Unitatea medicală ...........................................

Telefon ................, e-mail ..............................

# CERTIFICAT MEDICAL - MEDICINA MUNCII

**în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior**

# Nr. ........ data ..........

Se certifică faptul că

......................................................................,

(numele şi prenumele)

CNP , este

\_ APT |\_|

\_ INAPT |\_|

pentru înscrierea la concurs.

Semnătură

.........................................

(medic specialist de medicina muncii)

ANEXA 2

Judeţul ..................................

Localitatea ..............................

Unitatea medicală ........................

Telefon .............., e-mail ...........

**AVIZ - PSIHIATRIE**

**în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior**

**Nr. ........... data ............**

Se certifică faptul că

..........................................,

(numele şi prenumele)

CNP ,

\_ \_

prezintă |\_|/nu prezintă |\_| afecţiuni neuropsihice prevăzute în baremul medical cu afecţiunile care constituie contraindicaţii pentru exercitarea funcţiei de cadru didactic sau didactic auxiliar din învăţământul superior (anexa nr. 4 la Ordinul ministrului educaţiei şi al ministrului sănătăţii nr. 4.060/1.502/2024).

| Afecţiuni neuropsihice | DA\*) | NU\*) |

| | | |

| Tulburări psihice organice | | |

| | | |

| Tulburări psihice şi de comportament induse de| | |

| consumul de alcool şi substanţe psihoactive | | |

| | | |

| Schizofrenie, tulburări schizoafective şi | | |

| delirante | | |

| | | |

| Tulburări afective bipolare | | |

| | | |

| Tulburări depresive - forme severe | | |

| | | |

| Tulburări fobic-anxioase - forme severe | | |

| | | |

| Tulburări obsesiv-compulsive - forme severe | | |

| | | |

| Tulburări disociative | | |

| | | |

| Tulburări de personalitate | | |

| | | |

\*) Se completează obligatoriu.

Semnătură,

.........................................

(medic specialist psihiatrie)