**ORDIN nr. 3.177 din 5 februarie 2015**

**privind aprobarea formularului specific al certificatului medical necesar pentru încadrarea şi menţinerea într-o funcţie de conducere sau de îndrumare şi de control din învăţământul preuniversitar**

**EMITENT:** MINISTERUL EDUCAŢIEI ŞI CERCETĂRII ŞTIINŢIFICE

Nr. 3.177 din 5 februarie 2015

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII

Nr. 147 din 12 februarie 2015

**PUBLICAT ÎN:** MONITORUL OFICIAL nr. 114 din 12 februarie 2015

**Data intrarii in vigoare : 12 februarie 2015**

În temeiul <LLNK 12011 1 10 202 234 59>art. 234 alin. (1) din Legea educaţiei naţionale nr. 1/2011, cu modificările şi completările ulterioare,

în baza <LLNK 12015 26 20 301 0 32>Hotărârii Guvernului nr. 26/2015 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Educaţiei şi Cercetării Ştiinţifice şi a <LLNK 12010 144 20 301 0 33>Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul educaţiei şi cercetării ştiinţifice şi ministrul sănătăţii emit prezentul ordin.

ART. 1

Se aprobă utilizarea ca formular specific al certificatului medical necesar pentru încadrarea şi menţinerea într-o funcţie de conducere sau de îndrumare şi de control în învăţământul preuniversitar a modelului prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Direcţiile generale şi direcţiile de specialitate din cadrul Ministerului Educaţiei şi Cercetării Ştiinţifice şi din cadrul Ministerului Sănătăţii duc la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul educaţiei şi cercetării ştiinţifice,

Sorin Mihai Cîmpeanu

p. Ministrul sănătăţii,

Dorel Săndesc,

secretar de stat

ANEXĂ

- Model -

┌────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ │

│ Judeţul .................................... ┌─────────────────┐ │

│ │ │ │

│ Localitatea ................................ │ timbru │ │

│ │ fiscal │ │

│ Unitatea sanitară .......................... │ │ │

│ │ │ │

│ │ │ │

│ │ L.S. │ │

│ │ │ │

│ │ │ │

│ └─────────────────┘ │

│ │

│ CERTIFICAT MEDICAL Nr. ............... │

│ anul ....... luna ....... ziua ....... │

│ │

│ În baza referatului Dr. ............................................... │

│ numele şi prenumele │

│ │

│ în calitate de ........................................................ │

│ Se certifică de noi că: ............................................... │

│ numele şi prenumele │

│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ │

│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ în vârstă de ......... ani; sexul M/F, │

│ │

│ Domiciliat în: jud/sect. ................... loc. ..................... │

│ str. .......................... nr. ............. cu B.I/C.I seria .... │

│ nr. .............. având ocupaţia de: ................................. │

│ la .................................................................... │

├────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│ Este suferind de: ..................................................... │

│ ....................................................................... │

│ ....................................................................... │

│ ....................................................................... │

├────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│ S-a eliberat prezentul spre a-i servi la: ............................. │

│ ....................................................................... │

├────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┤

│ │

│ Medic director, │

│ L.S. │

│ .................. │

└────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┘

17.5;A5