

**Directorului IMSP**  
**Institutul Mamei și Copilului**  
**Dlui Sergiu Gladun**

De la \_\_\_\_\_

Domiciliat \_\_\_\_\_

Nr. Telefon \_\_\_\_\_

**CERERE**  
**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**Solicit eliberarea copiei extrasului din fișa medicală /copia fișei medicale(de subliniat)**

*Прошу выдать копию выписки из истории болезни/копию истории болезни (нужное подчеркнуть)*

**pe numele** \_\_\_\_\_  
*на имя* \_\_\_\_\_ *(numele, prenumele фамилия, имя)*

\_\_\_\_\_, **născut (ă) la** „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_  
*(numărul de identificare, IDNP) родившегося*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal**

*Выражаю согласие на обработку персональных данных*

„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(semnătura подпись)*