

**Declarație  
privind comunicarea documentelor medicale personale**

Subsemnatul, \_\_\_\_\_,  
cod numeric personal \_\_\_\_\_, declar că mi-au fost înmânate în urma  
solicitării mele adresate instituției medicale \_\_\_\_\_

(denumirea instituției medicale)

copii ale următoarelor documente:

Documente medicale înmânate în copie:
1.
2.
3.
4.
5.
...
X ..... (semnătura persoanei care a primit copii ale documentelor medicale)
Data ____/____/____