

MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE

Dnei/Dlui....., CNP....., localitatea....., județul.....,  
titular al<sup>1</sup>.....eliberat/ă de.....  
..... cu seria....., nr....., care a absolvit programul de revalorizare a formării  
inițiale de asistent medical generalist, cu durata de .....ore, i se acordă

**CERTIFICATUL DE REVALORIZARE A COMPETENȚELOR PROFESIONALE**

în urma rezultatelor obținute la evaluarea finală din data de....., organizată  
la.....din .....localitatea....., județul....., fiind  
declarat.....

*Președintele comisiei,*

Nr.....

Data eliberării: anul.....luna.....ziua.....

Semnătura titularului.....

---

<sup>1</sup> Se menționează actul de studii obținut anterior.