

ANEXA Nr. 3

MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE

Dnei/Dlui . . . . ., CNP . . . . ., localitatea . . . . ., județul . . . . . titular al\*)  
. . . . . 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 \*) Se menționează actul de studii obținut anterior.

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 . . . .

. . . . .