

Cabinet medical individual de familie

---

**ATESTAT**  
de absolvire a cursului de puericultură

DI./dna \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, eliberat/ă de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, domiciliat în \_\_\_\_\_, încadrat la \_\_\_\_\_, asigurat la Casa de Asigurări a Municipiului Bucuresti, posesor al carnetului de asigurat seria \_\_\_\_\_, a însusit temeinic notiunile elementare teoretice si practice necesare în vederea îngrijirii copilului mic, necesare participării efective a tatălui la îngrijirea copilului nou-născut, prezentate în cadrul cursului de puericultură ținut la cabinetul medicului de familie.

Prezentul atestat se eliberează pentru a-i servi asiguratului la acordarea concediului paternal, în condițiile prevederilor art.4 alin.(1) din Legea nr.210/1999 privind concediul paternal si art.7 din Hotărârea Guvernului nr.244/2000 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii concediului paternal nr.210/1999.

Data . . .

Semnătura si parafa medicului de familie