

Nr. CR- \_\_\_\_\_  
Din \_\_\_\_\_  
Cluj-Napoca

Domnului președinte al Comisiei de expertiză  
medico-militară pentru soluționarea contestațiilor

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_ domiciliat/ă în localitatea \_\_\_\_\_  
str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_,  
judet \_\_\_\_\_, C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, urmare  
a deciziei de INAPT MEDICAL consemnată pe fișa de examinare medicală tip M.Ap.N.,  
doresc să contest această decizie pentru a putea participa la admiterea la:

- colegiile militare
- învățământ militar
- angajare S.G.P.
- Institutul medico-militar / Academia tehnică militară
- Universitatea Națională de Apărare
- Alte situații \_\_\_\_\_

și rog să aprobați reexaminarea prin Comisia de expertiză medico-militară pentru  
soluționarea contestațiilor.

Am fost informat/ă și sunt de acord cu suportarea integrală a cheltuielilor legate de  
soluționarea contestației.

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Data

Semnătura