

Județul .....

Localitatea .....

Unitatea medicală .....

Telefon....., e-mail .....

**AVIZ-PSIHATRIE**  
**în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau**  
**didactic auxiliar în învățământul superior**  
**Nr. .... data .....**

Se certifică faptul că .....  
(numele și prenumele)

CNP .....,  
prezintă  /nu prezintă  afecțiuni neuropsihice prevăzute în baremul medical cu afecțiunile care constituie  
contraindicații pentru exercitarea funcției de cadru didactic sau didactic auxiliar din învățământul superior  
(anexa nr. 4 la Ordinul ministrului educației și al ministrului sănătății nr. 4.060/1.502/2024).

Afecțiuni neuropsihice	DA*	NU*
Tulburări psihice organice		
Tulburări psihice și de comportament induse de consumul de alcool și substanțe psihoactive		
Schizofrenie, tulburări schizoafective și delirante		
Tulburări afective bipolare		
Tulburări depresive - forme severe		
Tulburări fobic-anxioase - forme severe		
Tulburări obsesiv-compulsive - forme severe		
Tulburări disociative		
Tulburări de personalitate		

Semnătură,

.....  
(medic specialist psihiatrie)