**ANEXA**

Judeţul ...........................

Localitatea ...........................

Unitatea medicală ..............................................

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

**AVIZ - PSIHIATRIE**

**în vederea înscrierii la concurs pentru ocuparea unui post didactic sau didactic auxiliar în învăţământul superior**

**Nr. ............. data ....................**

Se certifică faptul că ................................................................. (numele şi prenumele),

CNP .................................,

prezintă □/nu prezintă □ afecţiuni neuropsihice prevăzute în baremul medical cu afecţiunile care constituie contraindicaţii pentru exercitarea funcţiei de cadru didactic sau didactic auxiliar din învăţământul superior (anexa nr. 4 la Ordinul ministrului educaţiei şi al ministrului sănătăţii nr. 4.060/1.502/2024).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Afecţiuni neuropsihice | DA\* | NU\* |
| Tulburări psihice organice |  |  |
| Tulburări psihice şi de comportament induse de consumul de alcool şi substanţe psihoactive |  |  |
| Schizofrenie, tulburări schizoafective şi delirante |  |  |
| Tulburări afective bipolare |  |  |
| Tulburări depresive - forme severe |  |  |
| Tulburări fobic-anxioase - forme severe |  |  |
| Tulburări obsesiv-compulsive - forme severe |  |  |
| Tulburări disociative |  |  |
| Tulburări de personalitate |  |  |

\* Se completează obligatoriu.

Semnătură,

..........................................................

(medic specialist psihiatrie)