

Denumirea angajatorului
Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoană fizică)
Nr. de înregistrare la registrul comerțului
Nr. de înregistrare din data de

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna
.....,
CNP, act de identitate seria
..... nr., eliberat de la
data de, cu domiciliul în,
str. nr., bl., ap.,
sectorul/județul, are calitatea de salariat începând cu
data de și i s-a reținut și virat lunar contribuția pentru asigurările
sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul
sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Persoana mai sus menționată figurează în evidențele noastre cu următorii
coasigurați (soț/soție, părinți, aflați în întreținere):

1. Nume, prenume, CNP
2. Nume, prenume, CNP
3. Nume, prenume, CNP

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 3 luni de la data
emiterii.

În ultimele 12 luni persoana a beneficiat de un număr de
..... zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din
adeverință sunt corecte și complete.

Reprezentant legal