

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,

.....