

ANGAJATOR.....

Nr. de înregistrare data

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică că domnul/doamna,
CNP, act de identitate, seria nr.
....., eliberat de la data de, cu domiciliul
în, str. nr., bl., ap., sectorul/județul
....., are calitate de persoană asigurată pentru concedii și
indemnizații de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale
de sănătate, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005
privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată
cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și
completările ulterioare.

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la
data emiterii.

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

Numărul de zile de concediu medical de care persoana asigurată a
beneficiat în ultimele 12 luni este de zile, până la data de
aferește fiecărei afecțiuni în parte, după cum urmează:

Cod de indemnizație	Numar zile concediu medical in ultimele 12 luni

Reprezentant legal

.....