

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

ADEVERINȚĂ DE SALARIAT

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna

.....
CNP/CIS*), 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

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 30 de zile lucrătoare de la data emiterii.

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

Reprezentant legal,

*) CIS reprezintă numărul unic de identificare din sistemul de asigurări de sănătate, atribuit de către casele de asigurări de sănătate conform legii persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European și din Confederația Elvețiană, care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întorc, de regulă, zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână, precum și coasiguraților (părinții/soțul/soția) aflați în întreținerea acestora, înscriindu-se cifrele cu aliniere la dreapta