

SC

SRL

Nr Reg Com

CUI:

Sediu:

Nr. de inregistrare data

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamnaidentificat prin CNPact de identitateserianr.,eliberat de la data decu 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 ca datele din adeverință sunt corecte și complete.

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

Cod de indemnizație	Număr zile concediu medical în ultimele 12 luni

Reprezentant legal angajator