ANGAJATOR ...................................

 Nr. de înregistrare .......... data ..............

**ADEVERINŢĂ**

 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/judeţul ......................, are calitate de persoană asigurată pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

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

 Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverinţă sunt corecte şi complete.

 Numărul de zile de concediu medical de care persoana asigurată a beneficiat în ultimele 12/24 luni este de ......... zile, până la data de .........., aferente fiecărei afecţiuni în parte, după cum urmează:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Cod de indemnizaţie | Număr de zile concediu medical |

| | în ultimele 12/24 luni |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Reprezentant legal angajator,

...............................................................