

ANGAJATOR/CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....  
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 12/24 luni  
este de ..... zile, până la data de ....., aferente fiecărei afecțiuni în parte, după cum urmează:

Cod de indemnizație	Număr de zile concediu medical în ultimele 12/24 luni

Reprezentant legal angajator/Președinte - director general,  
.....