Denumirea angajatorului…………………………………

Cod fiscal (CUI /CNP angajator/persoană fizică)…………………………

Nr. de înregistrare la registrul comerțului………………………

Nr. de înregistrare…………..din data de………..

**ADEVERINŢĂ 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/judeţul .................................,

are calitatea de salariat începând cu data de ......................... .

Persoana mai sus menţionată figurează în evidenţele noastre cu următorii coasiguraţi (soţ/soţie, părinţi, aflaţi în întreţinere):

 1. nume, prenume ...................................., CNP ......................................;

 2. nume, prenume ...................................., CNP ......................................;

 3. nume, prenume ...................................., CNP ...................................... .

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

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverinţă sunt corecte şi 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, Spaţiului Economic European şi din Confederaţia Elveţiană, care îndeplinesc condiţiile de lucrător frontalier şi desfăşoară o activitate salariată sau independentă în România şi care rezidă în alt stat membru în care se întorc, de regulă, zilnic ori cel puţin o dată pe săptămână, precum şi coasiguraţilor (părinţii/soţul/soţia) aflaţi în întreţinerea acestora, înscriindu-se cifrele cu aliniere la dreapta