

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

Cod de indemnizare	Numar zile concediu medical in ultimele 12 luni

Reprezentant legal angajator/Președinte - director general,

.....