

Denumirea societatii:.....

Adresa:.....

Cod Fiscal.....

Nr. Inregistrare..... data.....

### ADEVERINTA

Prin prezenta se certifica ca Dl./Dna. ....  
CNP....., act de identitate seria ..... nr..... eliberat de .....

la data de ....., cu domiciliul in localitatea .....str.....  
nr..... Bl..... Sc..... Ap..... Judetul..... are calitatea de persoana asigurata pentru  
concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si  
indeplineste stagiul de asigurare prevazut la articolul 7 din Ordonanta de urgenta a Guvernului nr.  
158/2005 privind concediile si indemnizatiile de asigurari sociale de sanatate, aprobata cu modificari si  
completari prin Legea nr. 399/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

Prezenta adeverinta are o perioada de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

Sub sanctiunile aplicate faptei de fals in acte publice, declar ca datele din adeverinta sunt  
corecte si complete.

Numarul de zile de concediu medical de care persoana asigurata a beneficiat in ultimele 12/24  
luni este de ..... zile, pana la data de ..... aferente fiecarui cod de indemnizatie in  
parte, fiecarei sarcini, precum si fiecarui copil bolnav, dupa cum urmeaza:

Cod indemnizatie	Nr. zile Cm in ultim. 12/24 luni	Seria si nr cert. med anterior	Pentru cod diagnostic	Valabil pana la
------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------

Data

Semnatura