ANEXA (Anexa nr. 19 la norme)

ANGAJATOR/CASA DE ASIGURARI DE SANATATE . . . . . . . . . .

Nr. de inregistrare . . . . . . . . . . data . . . . . . . . . .

ADEVERINTA

Prin prezenta se certifica ca domnul/doamna . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .,

CNP . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., act de identitate . . . seria . . . nr. . . . . . . . . . ., eliberat de . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . , la data de . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., cu domiciliul in . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .,

str. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., nr. . . ., bl. . . . , ap. . . ., sectorul/judetul . . . . . . . . . . . . .,

are calitate de persoana asigurata pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, potrivit Ordonantei 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 luni este

de . . . . . . . . . . zile, pana la data de . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., aferente fiecarei afectiuni in parte,

dupa cum urmeaza:

Cod de indemnizatie. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Numar zile concediu medical in ultimele 12 luni

Reprezentant legal angajator/Presedinte – director general,

. . . . . . . . . .