**ADEVERINŢĂ ASIGURAT**

**Nr. {i\_nr\_act} / {data\_curenta}**

Prin prezenta, se certifică faptul că domnul/doamna **{s\_nume} {s\_prenume}**, **CNP {s\_cnp}**, posesor al CI seria **{s\_ci\_serie}** nr. **{s\_ci\_numar}**, eliberat de **{s\_ci\_emis\_de}**, la data de **{s\_ci\_emis\_la}** cu domiciliul în **{s\_localitate}, {s\_adresa}**, sectorul/județul **{s\_judet}**, are calitatea de salariat începând cu data de **{c\_data\_inceput}** și i s-a reținut și virat lunar contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Persoana mai sus menționată figurează în evidențele noastre cu următorii coasiguraţi (soț/soție, părinți, aflați în întreținere):

1. Nume, prenume **{space}{space}{space}{space},** CNP **{space}{space}**
2. Nume, prenume **{space}{space}{space}{space},** CNP **{space}{space}**
3. Nume, prenume **{space}{space}{space}{space},** CNP **{space}{space}**

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 3 luni de la data emiterii.

În ultimele 12 luni persoana **{s\_nume} {s\_prenume}** a beneficiat de un număr de **{space}** zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință sunt corecte și complete.

|  |  |
| --- | --- |
| Angajator, |  |
| **{a\_denumire} {a\_sufix}** |  |
| **{a\_rl\_nume}**Semnătura {space} |  |
|   |  |
|   |  |