**ADEVERINŢĂ,**

Nr. înreg:\_\_\_\_\_/${date}

 Prin prezenta, se certificăcă ${person\_title} ${user\_name} CNP ${user\_cnp}, domiciliată în localitatea ${town}, strada și numărul ${street\_and\_number}, județul ${county}, are calitate de persoană asigurată pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi îndeplineşte stagiul de asigurare prevăzut la art. 7 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi 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 12/24 luni este de ${cm\_days\_t} zile, până la data de ${date}, aferente fiecărui cod de indemnizaţie în parte, fiecărei sarcini, precum şi fiecărui copil bolnav, după cum urmează:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cod de indemnizație** | **Număr de zile concediu medical în ultimele 12/24 luni** | **Seria şi numărul certificatului de concediu medical anterior, codul de diagnostic, valabil până la ......** |
| ${cod} | ${days} | ${cm\_info} |

ANGAJATOR,

Nume și prenume: ${director\_name}

Funcția: ${director\_rol}

Semnătura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_