

ANEX  
(Anexa nr. 19 la norme)

ANGAJATOR/CASA DE ASIGURARI DE SĂNĂTATE

Denumirea.....

Cod fiscal (CUI).....

Adresa.....

Telefon .....

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, declarăm 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 indemnizație	Număr zile concediu medical în ultimele 12 luni*

Reprezentant legal angajator/Președinte - director general,  
.....

\*Pentru codurile de indemnizație 12, 13 și 14 se va completa numărul de zile de concediu medical în ultimele 24 luni