



NR.

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică că **d-l.dna.**, **CNP**
act de identitate C.I, seria.... nr, **eliberat de** **cu domiciliul în**
....., - are calitate de persoană asigurată pentru concedii și
îndeplinește stagiul de asigurare*) prevăzut la art. 7 din Ordonanța 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, 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 zile până la data de _____, aferente fiecărui cod de
indemnizație în parte, fiecărei sarcini, precum și fiecărui copil bolnav, după cum urmează:

Codul de indemnizație	Numărul de zile concediu medical în ultimele 12**)/24 luni***)	Seria și numărul certificatului de concediu medical anterior****), pentru codul de diagnostic, valabil până la

Sef serv. R.U.N.O.S.,