

UNITATEA \_\_\_\_\_

CUI \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ADEVERINȚĂ

Se adevărește prin prezența că d-l (d-na)

\_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, decedat(ă) la data de \_\_\_\_\_ cu ultimul domiciliu în jud. \_\_\_\_\_, localitatea \_\_\_\_\_ a fost angajat(ă) cu contract individual de muncă/ funcționar public/ a realizat venituri asimilate salariilor pentru care se datorează contribuție de asigurări sociale potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, nr. contractului \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ în perioada (data angajării) \_\_\_\_\_ - (data încetării), \_\_\_\_\_, contractul de muncă a încetat în data de \_\_\_\_\_, conform art. \_\_\_\_\_.

**La data decesului, susnumitul(a) era asigurat(ă) în sistemul public de pensii, și nu se afla în concediu fără plată, învoit(ă) sau nemotivat(ă).**

***Declar pe propria răspundere sub sancțiunile prevăzute în art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, menționez că nu s-a achitat și nici nu s-a recuperat de la bugetul asigurărilor sociale ajutorul de deces.***

**Anexăm:**

- raport salariat – REVISAL (*semnat de conducătorul unității și tampilat*)
- copia ultimului certificat medical (*unde este cazul*)

**Conducătorul unității**

(*Nume, prenume, semnătură și tampilă*)

Întocmit,

(*Nume, prenume, semnătură*)

NOTĂ: În cazul în care persoana decedată a beneficiat de concediu medical la data decesului se va prezenta copia certificatului medical.

