

UNITATEA _____

CUI _____

Adresa _____

Telefon _____

Nr. _____/_____

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că d-l (d-na) _____, CNP _____ domiciliat în jud. _____, localitatea _____ este angajatul nostru cu contract individual de muncă/ funcționar public/ realizează venituri asimilate salariilor pentru care se datorează contribuție de asigurări sociale potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, din data de _____ - prezent, conform contractului de muncă nr. _____ / _____.

Susnumitul(a) solicită ajutor de deces pentru _____, CNP _____, decedat(ă) la data de _____, ca membru de familie, în calitate de soț/soție, mamă/tată, fiu/fiică pe care l-a avut în întreținere.

La data decesului, membrul de familie, solicitantul(a) ajutorului de deces este asigurat(ă) în sistemul public de pensii și în prezent nu se află 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 ștampilat*)
- copia ultimului certificat medical (*unde este cazul*)

Conducătorul unității

(*Nume, prenume, semnătură și ștampilă*)

Întocmit,

(*Nume, prenume, semnătură*)

NOTĂ: În cazul în care solicitantul(a) ajutorului de deces a beneficiat de concediu medical la data decesului membrului de familie, se va prezenta copia certificatului medical.

DECLARAȚIE

Subsemnatul/(a) _____,
CNP _____ cu domiciliul în loc. _____,
str. _____, jud. Constanța **declar pe proprie răspundere și sub
sancțiunile prevăzute în art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații că
decedatul(a) _____, CNP _____,
pentru care solicit ajutorul de deces în calitate de membru de familie – soț/soție,
mamă/tată, fiu/fiică nu era asigurat, angajat cu contract de muncă, pensionar sau a
realizat venituri asimilate salariilor pentru care se datorează contribuție de asigurări
sociale și l-am avut în întreținere în timpul vieții.**

**Mă angajez să restitui ajutorul de deces încasat necuvenit în cazul în care datele
comunicate de mine sunt incomplete sau nereale.**

Menționez la data înregistrării cererii la CJP Constanța pentru acordarea ajutorului de
deces sunt angajat(ă) la _____ și nu sunt
în concediu fără plată, învoit(ă) sau nemotivat(ă).

Data,

Semnatura,