[DENUMIREA ANGAJATORULUI] S.R.L.
Sediul: [adresa] · CUI: [_____] · Tel.: [_____]

Nr. _____ din ____ / ____ / _____

ADEVERINȚĂ

privind calitatea de asigurat și stagiul de cotizare, pentru acordarea concediului și indemnizației de asigurări sociale de sănătate

Se adeverește că dl/dna [NUME ȘI PRENUME], CNP [_____], este salariat(ă) al/a societății noastre în funcția de [funcția], cu contract individual de muncă nr. ____ din ____ / ____ / _____, și are calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, contribuțiile fiind reținute și virate potrivit legii.

Stagiul de cotizare realizat în ultimele 12 luni anterioare lunii _____ _____ este de ____ luni.

Luna / anul	Zile lucrate	Zile concediu medical (cod / număr)	Venit brut realizat (lei)

Numărul de zile de concediu medical acordate în ultimele 12 luni pentru aceeași afecțiune: ____ zile.

Prezenta adeverință se eliberează pentru a servi la medicul de familie / medicul specialist, pentru eliberarea certificatului de concediu medical. Dacă medicul sau casa de asigurări cere formularul oficial din normele de aplicare a OUG nr. 158/2005, se folosește acel formular.

Administrator / Director,

[nume și prenume]

Semnătura: _____

Întocmit (HR / salarizare),

[nume și prenume]

Semnătura: _____

Model orientativ, actualizat noiembrie 2026. Adaptați-l situației dumneavoastră; pentru cazuri cu efecte juridice importante cereți sfatul unui specialist. Sursa: www.zarinacrm.ro/model-adeverinta-medic/