

MODEL ADEVERINȚĂ AJUTOR DECES PENTRU MEMBRU DE FAMILIE

UNITATEA _____

CUI _____

Adresa _____

Telefon _____

Nr. _____ / _____

A D E V E R I N T A

Se adeverește prin prezenta că d-l (d-na) _____,

CNP _____, desfășoară (a desfășurat) activitate pe bază de contract individual de muncă/ ca funcționar public/ realizează (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, în perioada _____.

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, nepot, al defunctului(ei).

La data decesului membrului de familie, solicitantul(a) ajutorului de deces, a fost asigurat(ă) în sistemul public de pensii.

Conducătorul unității

(Nume, prenume, semnătura și ștampila)

Întocmit ,

(Nume, prenume, semnătura)