

MODEL ADEVERINȚĂ AJUTOR DECES PENTRU ASIGURAT

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 _____, decedat(ă) la data de _____ a desfășurat activitate pe bază de contract individual de muncă/ ca 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, în perioada _____.

La data decesului, susnumitul(a) a fost asigurat(ă) în sistemul public de pensii.

Conducătorul unității

(Nume, prenume, semnătura și ștampila)

Întocmit ,

(Nume, prenume, semnătura)