

UNITATEA _____

CUI _____

Adresa _____

Telefon _____

Nr. _____ / _____

A D E V E R I N T Ă

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

CNP /____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/, este (a fost) angajat cu contract individual de muncă/ 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, deoarece nu se afla în concediu fără salar sau învoit(ă) nemotivat(ă).

Anexăm:

- extras REVISAL
- copia ultimului certificat medical (unde este cazul)

Conducătorul unității

(Nume, prenume, semnătura si ștampila)

Întocmit,

(Nume, prenume, semnătura)

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.