

Denumire angajator.....  
Sediu angajator.....  
Nr. O.R.C.....  
Cod fiscal.....  
Nr...../  
Telefon/fax .....

Adeverință asigurat cf. art. 6 alin. (1).  
pct. 1 din Legea nr. 263/2010

## A D E V E R I N Ț A

Adeverim, prin prezenta , că d-l/d-na.....  
CNP....., salariat(ă) al(a) unității noastre, asigurat(ă) în sistemul public de pensii conform art. 6 din legea 263/2010 a realizat potrivit ultimei declarații depuse privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat pentru luna.....anul..... (înregistrată la CJP Botoșani cu nr..... din data.....), un salariu individual brut (inclusiv sporurile și adaosurile reglementate prin lege sau prin contractul colectiv de muncă) avut în vedere la stabilirea contribuției individuale de asigurări sociale în cuantum de .....lei, aferent unui nr. de.....zile lucrătoare.

Certificăm că, în luna respectivă, asiguratul  a beneficiat /  nu a beneficiat de indemnizație de asigurări sociale de sănătate, conform legii nr.158/2005, în cuantum de .....lei, corespunzătoare unui nr. de .....zile, iar pentru anul în curs,  a beneficiat /  nu a beneficiat de 90 de zile consecutive de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă.

Eliberăm prezenta pentru a-i servi la Casa Județeană de Pensii Botoșani, în vederea obținerii unui bilet de tratament balnear.

*Conducătorul unității,*

*Director economic,*

Subsemnatul.....declar pe proprie răspundere că nu obțin / obțin alte venituri de natura celor menționate în prezenta adeverință.

Am luat cunoștință că, potrivit art. 292 din Codul Penal ,, Declararea necorespunzătoare adevărului, făcută unui organ sau instituții de stat (...), în vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declarația făcută servește pentru producerea acelei consecințe, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă".

Data

Semnătura,