

Angajator _____
Sediu _____
CUI _____
Telefon _____
E-mail _____
Nr. de ieșire _____

A D E V E R I N Ț Ă

Prin prezenta se atestă faptul că dna/dl....., CNP....., la data de (*data decesului asiguratului/membrului de familie*), avea calitatea de asigurat în sistemul public de pensii, în sensul art.3, lit. a din Legea nr. 360/2023 cu modificările și completările ulterioare¹. Prin urmare, la data menționată, nu se află în incapacitate temporară de muncă în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale și nici în alte situații pentru care nu se datora contribuție de asigurări sociale.

S-a eliberat prezenta adeverință spre a-i servi la Casa Județeană de Pensii Botoșani, în vederea acordării ajutorului de deces.

Cunoscând normele penale incidente în materia falsului în declarații, certificăm că datele cuprinse în prezenta adeverință sunt exacte și complete.

Reprezentant legal,

Nume _____

Prenume _____

Funcție _____

Semnătură _____

¹ **Asigurat** - persoana fizică pentru care angajatorul/entitatea asimilată angajatorului este obligat(ă) **să rețină și să plătească** contribuția de asigurări sociale (...);