

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

*Adeverință asigurată cf. art. 6 alin. (1).
din Legea nr. 360/2023*

ADEVERINȚĂ

Adeverim, prin prezenta, că d-l/d-na,
CNP, salariat(ă) al(a) unității noastre, este asigurat(ă), la data
eliberării prezentului document, în sensul Legii nr. 360/2023 privind sistemul unitar de pensii publice,
cu modificările și completările ulterioare, iar **VENITUL BRUT** avut în vedere la stabilirea bazei de
calcul al contribuției de asigurări sociale pentru ultima luna raportată prin *Declarația privind
obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, a impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor
asigurate (D112)*, respectiv luna anul, cu indexul de înregistrare pe site-
ul ANAF din, **este 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(a),, 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 „Declarația necorespunzătoare
adevărului, făcută unui organ sau instituției 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,

.....

.....