

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 de¹, avea calitatea de asigurat² în sistemul public de pensii, în sensul art.3, lit.a din Legea nr. 360/2023 cu modificările și completările ulterioare. Prin urmare, la data menționată, nu se afla în incapacitate temporară de muncă în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale și nici în alte situații³ pentru care nu s-a datorat 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 se va menționa data decesului asiguratului/membrului de familie;

² **asigurat** - persoana fizică pentru care angajatorul/entitatea asimilată angajatorului este obligat(ă) **să rețină și să plătească** contribuția de asigurări sociale (...);

³ ex.: prima zi lucrătoare a certificatelor de concediu medical eliberate după 1 februarie 2026, pentru care nu se calculează și nu se plătește indemnizație de asigurări sociale de sănătate.