

UNITATEA _____
CUI _____
Adresa _____
Telefon _____
Nr. _____ / _____

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că d-l (d-na) _____,
CNP _____ domiciliat în jud _____,
localitatea _____ este angajat nostru cu contract individual
de muncă/ funcționar public/ realizează venituri asimilate salariilor pentru care se
datorează contribuție de asigurări sociale potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal,
cu modificările și completările ulterioare, din data de _____ - prezent,
conform contractului de munca nr. ____/_____.

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 pe care l-a avut în
întreținere.

**La data decesului, membrului de familie, solicitantul(a) ajutorului de deces este
asigurat(ă) în sistemul public de pensii și în prezent nu se află în concediu fără
plată, învoit(ă) sau nemotivat(ă).**

*Declar pe propria răspundere sub sancțiunile prevăzute în art. 326 din Codul Penal privind
falsul în declarații, menționez că nu s-a achitat și nici nu s-a recuperat de la bugetul
asigurarilor sociale ajutorul de deces.*

Anexăm:

- raport salariat - REVISAL (semnat de conducătorul unității și ștampilat)
- copia ultimului certificat medical (unde este cazul)

Conducătorul unității

(Nume, prenume, semnătura și 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.