

Unitatea \_\_\_\_\_  
CUI \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## A D E V E R I N Ț Ă

Se adeverește prin prezenta că d-l (d-na) \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, decedat(ă) la data de \_\_\_\_\_ cu ultimul domiciliu  
în jud. \_\_\_\_\_, localitatea \_\_\_\_\_ a fost angajat(ă) cu  
contract individual de muncă/ funcționar public/ a realizat venituri asimilate salariilor pentru  
care se datorează contribuție de asigurări sociale potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul  
fiscal, cu modificările și completările ulterioare, nr contractului \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ în perioada  
(data angajării) \_\_\_\_\_ - (data încetării) \_\_\_\_\_, contractul de munca a  
încetat în data de \_\_\_\_\_, conform art. \_\_\_\_\_.

**La data decesului, susnumitul(a) era asigurat(ă) în sistemul public de pensii, și nu se afla  
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 asigurărilor sociale  
ajutorul de deces.*

*Anexăm:*

- raport salariat - REVISAL (semnat de conducătorul unitatii 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 persoana decedată a beneficiat de concediu medical la data decesului se va prezenta copia  
certificatului medical.