

UNITATEA _____

CUI _____

Adresa _____

Telefon _____

Nr. _____ / _____

A D E V E R I N Ţ Ă

Se adevereşte prin prezenta că d-l (d-na) _____,

CNP /____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/, decedat(ă) la data de _____ a fost angajat(ă) cu contract individual de muncă/ funcţionar public/ a realizat venituri asimilate salariilor pentru care se datorează contribuţie de asigurări sociale potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare, în perioada (data angajării) _____ - (data decesului) _____.

La data decesului, susnumitul(a) a fost asigurat(ă) în sistemul public de pensii, deoarece nu se afla în concediu fără salariu sau învoit(ă) nemotivat(ă).

Anexăm:

- extras REVISAL
- copia ultimului certificat medical (unde este cazul)

Conducătorul unităţii

(Nume, prenume, semnătura şi ştampila)

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.