

ANEXA 7

la norme

ANGAJATOR/CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....  
Nr. de înregistrare ..... data .....

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică că domnul/doamna  
....., CNP  
....., act de identitate  
....., seria ..... nr. ....,  
eliberat de ..... la data de  
....., cu domiciliul în  
....., str. .... nr.  
....., bl. ...., ap. ...., sectorul/județul  
....., are calitate de persoană asigurată  
pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de  
sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate,  
potrivit [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005](#)  
privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de  
sănătate, aprobată cu modificări și completări prin [Legea nr.  
399/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 30  
de zile de la data emiterii.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice,  
declar că datele din adeverință sunt corecte și complete.

Numărul de zile de concediu medical de care persoana  
asigurată a beneficiat în ultimele 12/24 luni este de  
..... zile, până la data de ....., aferente  
fiecărei afecțiuni în parte, după cum urmează:

Cod de indemnizație	Număr de zile concediu medical în ultimele 12/24 luni

Reprezentant legal angajator/Președinte - director  
general,

.....