

ANGAJATOR.....  
 ADRESA: .....  
 .....  
 CUI: .....  
 Nr. .... 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 și îndeplinește stagiul de asigurare\*) prevăzut la art.7 din Ordonanța 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 fiecărui cod de indemnizație în parte, fiecărei sarcini, precum și fiecărui copil bolnav, după cum urmează:

<b>Cod de indemnizație</b>	Număr zile concediu medical în ultimele 12**)/24 luni***)	Seria și numărul certificatului de concediu medical anterior****), pentru codul de diagnostic....., valabil până la.....
<b>01</b> Boală obișnuită		
<b>02</b> Accident în timpul deplasării la/de la locul de muncă		
<b>03</b> Accident de muncă		
<b>04</b> Boală profesională		
<b>05</b> Boală infectocontagioasă din grupa A		
<b>06</b> Urgentă medico-chirurgicală		
<b>07</b> Carantină		
<b>08</b> Sarcină și lăuzie		
<b>09</b> Îngrijire copil bolnav în vârstă de până la șapte ani sau copil cu handicap pentru afecțiuni intercurrente, până la împlinirea vârstei de 18 ani		
<b>10</b> Reducerea cu 1/4 a duratei normale de lucru		
<b>11</b> Trecerea temporară în altă muncă		
<b>12</b> Tuberculoză		
<b>13</b> Boală cardiovasculară		
<b>14</b> Neoplazii, SIDA		
<b>15</b> Risc maternal		

Reprezentant legal angajator

.....

\*) Adeverința se eliberează și persoanelor aflate în concediu medical pentru situațiile prevăzute la art.9 și 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, în vederea gestionării numărului de zile de concediu medical acordate pentru aceste afecțiuni.

\*\*) Se utilizează pentru evidențierea zilelor de concediu medical acordate pentru sarcină și lăuzie, îngrijirea copilului bolnav, pentru reducerea timpului de muncă, pentru risc maternal, precum și pentru incapacitate temporară de muncă pentru afecțiuni, altele decât cele prevăzute la art.13 alin.(3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*) Se utilizează pentru evidențierea zilelor de incapacitate temporară de muncă acordate pentru afecțiunile prevăzute la art.13 alin.(3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*\*) Se utilizează pentru situațiile în care certificatele de concediu medical “în continuare” urmează a fi eliberate de medici, alții decât cei care au eliberat certificatele de concediu medical pe același cod de diagnostic până la data eliberării noului certificat.