Unitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sediul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod unic (cod fiscal) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se adevereşte că dl./dna. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fiul/fiica lui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ şi al/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut/ă la data [\_]\_]-[\_]\_]-[\_]\_]\_]\_], CNP [\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_]\_], a fost/este angajatul/a unităţii noastre conform contractului individual de muncă, înregistrat la Inspectoratul Teritorial de Muncă cu nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Unitatea, altă persoană juridică sau persoana fizică la care lucrează** | **Mutaţia intervenită** | **Anul** | **Meseria sau funcţia şi locul de muncă cu condiţii deosebite** | **Salariul de bază** | **Denumirea unităţii, nr. şi data actului pe baza căruia se face înscrierea** | **Parafa şi semnătura persoanei care face înscrierea** |
| Luna |
| Ziua |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |

Datele de mai sus sunt extrase din documentele existente la dosarul angajatului. Menţionăm că s-au constituit, reţinut şi virat conform prevederilor legale, contribuţiile pentru asigurări sociale, pensie suplimentară (*până la 31.03.2001*), asigurări de sănătate, şomaj aferente perioadelor sus menţionate.

 Reprezentant legal Serviciul resurse umane

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_