

Denumirea instituției \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Cod fiscal \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Nr./data \_\_\_\_\_

### ADEVERINȚA SALARIAT

Instituția (SC) \_\_\_\_\_, cu sediul  
social în localitatea \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_; județul \_\_\_\_\_, înregistrată la Registrul Comerțului cu  
nr. \_\_\_\_\_, adevărim prin prezenta că d-na/d-nul \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, a fost încadrat în  
unitatea noastră în funcția de \_\_\_\_\_, cu contract de muncă pe perioadă  
determinată/nedeterminată, de la data de \_\_\_\_\_ până la data de \_\_\_\_\_.  
La data decesului d-na/d-nul \_\_\_\_\_ era asigurată/asigurat al  
sistemului public de pensii, potrivit prevederilor art.3, alin.(1), literă a din Legea 263/2010.  
Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declarăm că datele din adevărință  
sunt corecte și complete.  
S-a eliberat prezenta fiindu-i necesară la acordarea ajutorului de deces de la Casa  
Județeană de Pensii Călărași.

Semnatura, stampila unitatii  
Numele si prenumele