

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 _____, este 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 membrului de familie _____
d-na/d-nul _____ este asigurată/asigurat al sistemului public
de pensii, potrivit prevederilor art.3, alin.(1), litera a din Legea 263/2010.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declarăm că datele din adeverință
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