

DENUMIREA: _____

ADRESA: _____

Cod Unic de Identificare: _____

NR. _____ / _____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta, confirmăm faptul că d-nul/d-na _____, având CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, sectorul/județul _____, țara _____, fiul/fiica lui _____ și al _____, are, în prezent, calitatea de angajat al instituției/unității/societății noastre.

Prezenta adeverință a fost eliberată conform prevederilor art. 61 alin.(1) lit.s) din HG nr.181/2024 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii.

Nume/Prenume Reprezentant Instituție/Unitate

Semnătura / Ștampila angajatorului
