MODEL

Antetul unității (Logo)

Nr.de înregistrare, data

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că doamna /domnul ……………… medic / medic dentist / farmacist specialist/primar în specialitatea ………………este/ a fost încadrat/ă în unitatea noastră în funcția de………………, cu norma de … ore/zi, de la data de (zi, lună, an) ………………până la data de (zi, lună, an) ………………, exercitând efectiv, legal și neîntrerupt\* activitățile profesionale pe această durată.

Funcția,

nume prenume persoană abilitată,

semnătură, ștampila unității

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

\*) Acolo unde este cazul se vor menționa perioadele privind Concediile medicale/creștere îngrijire copil; Concediile fără plată; Suspendare contract de muncă etc.