

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.