UNITATEA.............................................................................................

Str. ........................................ nr. ….., bl. ….., sc. ….., et. ….., ap. …...,

jud/sect............................................., loc………………………..………

Telefon / Fax: ….…………………………………………

E-mail………………………………………..

**ADEVERINTA**

**venituri brute realizate lunar**

**anterioare lunii pentru care se acorda certificatul de concediu medical**

pentru :

Nume/prenume : …………………………………………..…………………………………… CNP: …/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr.crt. | Luna | venitul brut realizat lunar | Observatii |
| 1. | prima luna … |  |  |
| 2. | a doua luna … |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. | a sasea luna….. |  |  |
| TOTAL |  |  |

Alte mentiuni:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

***Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus şi pentru corectitudinea determinării acestora.***

DECLAR CĂ:

Am fost informat(ă) că prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară în vederea îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin CNPP precum și în scopul intereselor și drepturilor ce îmi revin.

Am fost informat(ă) că datele mele cu caracter personal sunt comunicate autorităților publice precum și altor instituții abilitate în vederea îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin CNPP.

În consecință, îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul CNPP precum și instituțiilor abilitate în vederea îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin CNPP.

Director, (Administrator) Director economic,

.......................... ……………………………

***Datele solicitate in prezentul formular ne sunt necesare pentru solutionarea cererii***

***Durata de completare a formularului aprox. 30 minute***