

DENUMIRE ANGAJATOR: _____
ADRESA: _____
CUI: _____
ORC: _____
Nr. telefon: _____
Nr. _____ / _____

MODEL ADEVERINȚĂ PENTRU
SOLICITARE AJUTOR DE DECES
CÂND PERSOANA DECEDATĂ
ERA MEMBRU DE FAMILIE AL
ASIGURATULUI

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se adevărește că dl./d-na _____,
având CNP _____ a fost angajat al societății noastre,
în baza contractului individual de muncă nr. _____ / _____, de la data de
_____ până la data de _____.

În luna _____, anul _____* a avut contractul de muncă
suspendat _____ zile (de la _____ până la _____); absențe
nemotivate _____ zile (de la _____ până la _____).

S-a eliberat prezenta adeverință pentru a servi la Casa Județeană de Pensii
Timiș în vederea acordării ajutorului de deces persoanei îndreptățite.

Reprezentant legal
Nume, prenume _____
Semnătură _____

Ștampilă _____

* Se va completa luna, respectiv anul decesului membrului de familie pentru care se
solicită ajutorul de deces.