

ADEVERINȚĂ CONCEDIU MEDICAL

Subsemnatul(a), _____
cu domiciliul în _____
CNP: _____

Certifică prin prezenta faptul că:

1. Este încadrat(ă) în muncă conform legislației în vigoare;
2. A beneficiat de concediu medical pentru incapacitatea temporară de muncă;
3. Perioada concediului medical este între:

Data începerii: _____ Data încheierii: _____

4. Motivul concediului medical este:

5. Medic responsabil: _____

6. Cabinetul/Spitalul emitent: _____

Această adeverință se eliberează pentru a fi prezentată angajatorului și altor instituții competente conform

Data eliberării: _____

Semnătura pacientului

Semnătura medicului

Sursa originala a acestui document:

<https://documente-utile.com/model-adeverinta-concediu-medical/>

Acest model ti-a fost de ajutor?

Descopera si alte modele actualizate pe site-ul nostru:

<https://documente-utile.com>

Mai multe modele

Acest model este destinat exclusiv utilizarii personale, necomerciale.
Orice distribuire sau publicare trebuie sa mentioneze sursa.

Acest model are scop strict informativ si nu constituie consultanta juridica.
Pentru situatii specifice, se recomanda consultarea unui specialist calificat.