

# ADEVERINȚĂ SALARIAT PENTRU SPITAL

Subsemnatul(a),

**Nume și prenume angajator :** \_\_\_\_\_

Cu sediul în : \_\_\_\_\_

Cod de înregistrare fiscală : \_\_\_\_\_

**Certificăm că angajatul/a :**

Nume și prenume : \_\_\_\_\_

CNP : \_\_\_\_\_

Funcția / postul : \_\_\_\_\_

Este angajat/ă în cadrul unității noastre începând cu data de : \_\_\_\_\_

**Motivul eliberării adeverinței :**

Prezenta adeverință se eliberează pentru justificarea absenței salariatului de la locul de muncă în perioada în care a fost internat(ă) în spital pentru tratament medical.

Perioada de concediu medical este de la data de :

\_\_\_\_\_ până la data de : \_\_\_\_\_

Această adeverință este valabilă numai în scopul justificării absenței salariatului de la locul de muncă în pe

Data eliberării : \_\_\_\_\_

**Ștampila și semnătura angajatorului**

**Semnătura salariatului**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sursa originala a acestui document:

<https://documente-utile.com/model-adeverinta-salariat-pentru-spital/>

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.