

(Denumirea completa a institutiei, inclusiv forma juridica)

Tel/Fax sediu social: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Persoana de contact: \_\_\_\_\_

## ADEVERINȚA

Institutia (S.C.) \_\_\_\_\_ cu sediul social in loc. \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, judetul/sectorul \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_ inregistrata la Registrul Comertului sub nr. \_\_\_\_\_, cod fiscal/CUI \_\_\_\_\_, prin reprezentant legal dl./d-na \_\_\_\_\_, in calitate de \_\_\_\_\_, **adeverim prin prezenta ca:**

D-nul/d-na \_\_\_\_\_, domiciliat/a in \_\_\_\_\_, Str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, judetul/sectorul \_\_\_\_\_, identificat cu CI nr. \_\_\_\_\_, seria \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ **este angajatul(a) nostru(a)** cu contractul de munca \_\_\_\_\_ pe perioada nedeterminata (determinata - data expirarii \_\_\_\_\_), din data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, in prezent indeplinind functia de \_\_\_\_\_ la departamentul \_\_\_\_\_, retinandui-se toate taxele si impozitele legale, inclusiv contributiile de somaj, sanatate si pensii.

Prezenta adeverinta serveste la luarea in evidentele UCMR-ADA, pentru determinarea contributiilor ce trebuiesc retinute conform OUG 82/2010.

Prin prezenta ne obligam sa informam in scris UCMR-ADA asupra oricarei modificari intervenita in contractul de munca mai sus mentionat (desfacerea contractului, transfer, pensionare, etc.), daca va fi cazul.<sup>1</sup>

Cunoscand dispozitiile art.292 Cod penal privitoare la falsul in declaratii, confirmam corectitudinea informatiilor cuprinse in prezentul document in concordanta cu documentele societatii si confirmam ca persoanele semnatare sunt autorizate sa reprezinte in mod legal societatea.

SC \_\_\_\_\_

**prin**

\_\_\_\_\_  
**in calitate de**  
\_\_\_\_\_

**(Semnatura si stampila)**

<sup>1</sup>In cazul in care institutia semnatarea a prezentei adeverinte nu este de acord cu informarea UCMR-ADA asupra modificarilor intervenite cu privire la contractul de munca, subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/a in \_\_\_\_\_, Str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, judetul/sectorul \_\_\_\_\_, identificat cu CI nr. \_\_\_\_\_, seria \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ ma oblig sa informez UCMR-ADA cu privire la aceste aspecte.