

Denumire angajator/instituție _____
Sediul angajator/instituție _____
Nr. O.R.C. _____
Cod Fiscal _____
Telefon /fax _____

ADEVERINȚĂ

nr./.....

Se adevărește prin prezenta că doamna/domnul, CNP, domiciliată/domiciliat în localitatea str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, având calitatea de¹ în instituția noastră de la data de*până la data de.....(doar dacă este cazul).*

Referitor la îndeplinirea condițiilor de acordare a stimulentei:

- în perioada de la până la a beneficiat de indemnizație de maternitate;(de la *prima zi de pre-natal* până la *ultima zi de post-natal*)
- la data de se împlinesc cele 42 de zile din concediul de lăuzie;(se numără 42 zile calendaristice începând cu data nașterii copilului)
- în perioada de la până la a beneficiat de indemnizație pentru creșterea copilului;(doar dacă este cazul)
- începând cu data de realizează venituri profesionale supuse impozitului pe venit (se trece data din decizia de reluare a activității profesionale eliberată de angajator, copia deciziei atașată la dosar)
- a realizat venituri profesionale supuse impozitului pe venit (se ține cont de 12 luni din utimul an anterior nașterii copilului – 12 luni până la data nașterii copilului), după cum urmează:
 - -de la.....pâna la..... a avut calitatea de.....
 - - de la.....pâna la..... a avut calitatea de.....
 - - de la.....pâna la..... a avut calitatea de.....

Notă: Adeverința trebuie să fie în original, să aibă număr de înregistrare, antet, să fie completată corect și cu același pix, să fie semnată de reprezentantul legal cu nume în clar și semnătura acestuia și să poarte ștampila societății. Adeverința nu trebuie să prezinte ștersături, adăugiri ori alte vicii de formă sau fond.(Conform Instrucțiuni APSMB Nr. 250/14.01.2011)

Cunoscând prevederile art. 292 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, respectiv declararea necorespunzătoare a adevărului făcută unui organ sau instituții de stat se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă, declar pe proprie răspundere că datele și informațiile prezentate corespund realității.

.....
(Numele/prenumele, Semnătura și ștampila reprezentantului legal)

¹ Se va trece calitatea persoanei. De ex. salariat cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată/determinată, șomer, pensionar de invaliditate