Antetul unităţii (denumire, adresa, CUI)

Nr.de înregistrare............ data ..............

**A D E V E R I N Ţ Ă**

  Se adevereşte prin prezenta că doamna / domnul…...........................................................…. medic / medic dentist / specialist în specialitatea…...........................................…........ este încadrat / ă în unitatea noastră în funcţia de…................................................….. de la data de................................. (zi, lună, an) până la data de….................. (zi, lună, an), cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată/determinată/colaborare\*.

 Prezenta adeverinţă serveşte la Direcţia de Sănătate Publică a judeţului Arad pentru obţinerea codului de parafă.

 Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverinţă sunt corecte şi complete.

Funcţia,
nume prenume persoană abilitată,

semnătură, ştampila unităţii

\* completaţi tipul contractului