

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a angajat al.....,cu sediul (se va specifica adresa angajatorului)..... cetatean, nascut la data de, in localitatea....., domiciliat in, str. nr., bloc....., scara, etaj, apart., sector/judet, posesor al, seria, nr., eliberat de la data de, CNPcunoscand dispozitiile articolului 292 Cod penal cu privire la falsul in declaratii, declar pe proprie raspundere urmatoarele: pe perioada valabilitatii concediului medical seria, nr., acordat in data de.....voi locui la **adresa de resedinta** din: str. nr., bloc, scara, etaj, apart., sector/judet.....

Prin prezenta declar ca sunt de acord cu urmatoarele conditii de eliberare a concediului medical:

- **sa anunt angajatorul/** plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate cu privire la incapacitatea temporara de munca precum si datele medicului care a eliberat certificatului de concediu medical, in primele 24 de ore de la obtinerea acestuia, sau în situația în care apariția stării de incapacitate temporară de muncă a intervenit în zilele declarate nelucrătoare, sa anunt angajatorul/ plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate în prima zi lucratoare.
- **sa mentionez** adresa de resedinta pentru perioada concediului medical;
- sa fiu prezent la adresa de resedinta indicata pe toata perioada concediului medical cu exceptia situatiilor justificate cu documente medicale pentru efectuarea de tratamente de specialitate, analize paraclinice sau alte proceduri medicale;
- pe durata valabilitatii concediului medical pot fi vizitat la adresa indicata, in intervalele orare 08.00 – 11.00;12.00 – 17.00 si 18.00 – 20.00 de persoanele abilitate, desemnate in conformitate cu legislatia in vigoare, obligându-mă să mă legitimez

În cazul nerespectarii acestor conditii suportand rigorile legislatiei in vigoare.

“OBSERVATIILE MEDICULUI PRESCRIPTOR”

DECLARANT DATA (nume, prenume si semnatura)

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a angajat al.....,cu sediul (se va specifica adresa angajatorului)..... cetatean, nascut la data de, in localitatea....., domiciliat in, str. nr., bloc....., scara, etaj, apart., sector/judet, posesor al, seria, nr., eliberat de la data de, CNPcunoscand dispozitiile articolului 292 Cod penal cu privire la falsul in declaratii, declar pe proprie raspundere urmatoarele: pe perioada valabilitatii concediului medical seria, nr., acordat in data de.....voi locui la **adresa de resedinta** din: str. nr., bloc, scara, etaj, apart., sector/judet.....

Prin prezenta declar ca sunt de acord cu urmatoarele conditii de eliberare a concediului medical:

- **sa anunt angajatorul/** plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate cu privire la incapacitatea temporara de munca precum si datele medicului care a eliberat certificatului de concediu medical, in primele 24 de ore de la obtinerea acestuia, sau în situația în care apariția stării de incapacitate temporară de muncă a intervenit în zilele declarate nelucrătoare, sa anunt angajatorul/ plătitorul de indemnizații de asigurări sociale de sănătate în prima zi lucratoare.
- **sa mentionez** adresa de resedinta pentru perioada concediului medical;
- sa fiu prezent la adresa de resedinta indicata pe toata perioada concediului medical cu exceptia situatiilor justificate cu documente medicale pentru efectuarea de tratamente de specialitate, analize paraclinice sau alte proceduri medicale;
- pe durata valabilitatii concediului medical pot fi vizitat la adresa indicata, in intervalele orare 08.00 – 11.00;12.00 – 17.00 si 18.00 – 20.00 de persoanele abilitate, desemnate in conformitate cu legislatia in vigoare, obligându-mă să mă legitimez

În cazul nerespectarii acestor conditii suportand rigorile legislatiei in vigoare.

“OBSERVATIILE MEDICULUI PRESCRIPTOR”

DECLARANT DATA (nume, prenume si semnatura)