

MODEL – ADEVERINȚĂ DE VECHIME IN PROFESIE

Antetul unității (denumire, adresa, CUI)

Nr. de înregistrare / data eliberării adevăritei

A D E V E R I N Ț Ă

Se adevărește prin prezenta că doamna / domnul
..... medic / medic dentist / farmacist /
specialist / in specialitatea **este** / a fost **încadrat** / **ă în**
unitatea noastră în funcția de **de la data**
de (zi, lună, an) până in prezent [la data de (zi, lună, an)],
exercitând efectiv, legal și neintrerupt* cu normă **întreagă**** **activitățile**
profesionale pe această durată.

**Funcția, nume prenume persoană abilitată,
semnătură, ștampila unității**

*) Acolo unde este cazul se vor menționa perioadele privind concediile medicale / creștere îngrijire copil, concediile fără plată, suspendare contract de muncă etc..

***) Acolo unde este cazul se va menționa fracțiunea de norma