

# MODEL – ADEVERINȚĂ DE VECHIME IN PROFESIE

Antetul unității (denumire, adresa, CUI)  
Nr. de înregistrare / data eliberării adeverinței

## ADEVERINȚĂ

Se adeverește 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 în prezent [la data de ..... (zi, lună, an)], exercitând efectiv, legal și  
neîntrerupt\* 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..