

Număr de înregistrare la angajator.....data.....

ADEVERINTA

A. Date de identificare a angajatorului:

Denumire / nume.....

Codul unic de înregistrare / codul fiscal.....

Cod CAEN.....

Adresa.....

Telefon / fax

Email / pagina internet.....

B. Date privind plata contribuțiilor la bugetul asigurărilor pentru șomaj :

B.1. Pentru doamna / domnul, CNP, care se legitimează cu BI /CI /Adeverință seria numărul, salariat din data de, în data de, în calitate noastră de angajator, am reținut și virat la bugetul asigurărilor pentru șomaj sumele reprezentând contribuția individuală în cotă de 1% și contribuția datorată de angajator după cum urmează:

Nr. Crt	Luna și anul	Baza de calcul (RON)	Suma reprezentând contribuția individuală (RON)	Instrument de plată, numărul și data acestuia	Suma reprezentând contribuția datorată de angajator (RON)	Instrument de plată, numărul și data acestuia	Numărul și data înregistrării la A.J.O.F.M. a declarației lunare privind evidența nominală a asiguraților și obligațiilor de plată la bugetul asigurărilor pentru șomaj
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							

7							
8							
9							
10							
11							
12							

Vechime totala.....ani.....luni.....zile.....

B.2. În calitatea noastră de angajator (se completează varianta corespunzătoare):

- nu înregistrăm debite la Bugetul asigurărilor pentru șomaj
- pentru perioada..... nu s-a reținut și virat contribuția individuală în suma totală de.....și nu s-a plătit contribuția datorată de angajator în sumă de.....
- ne regăsim în una din situațiile prevăzute la art.34 alin.(2) din Legea nr.76/2002, cu modificările și completările ulterioare, respectiv*
.....perioada.....
.....

*) se anexează copie după actul doveditor al acestor situații

C. Date privind raporturile de muncă sau de serviciu ale salariatului (consemnat la cap.B1):

Actul în baza căruia a fost încadrat în muncă, număr și data..... Data angajării.....

Data încetării raporturilor de muncă sau de serviciu, motivul încetării....., conform art..... din Legea 53/2003.

Perioade pentru care raporturile de muncă sau de serviciu au fost suspendate* (în ultimele 24 luni)

Data suspendării*	Data de încetare a suspendării*	Motivul suspendării**	Numar zile calendaristice/lucratoare

*) se completează pentru fiecare perioadă de suspendare

**) în cazul suspendării pentru incapacitate temporară de muncă se va specifica numărul de zile de concediu medical.

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat întreg conținutul acestei adeverințe și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă.

Administrator/Director/Reprezentant legal

Compartimentul

Nume și prenume, funcția

Nume și prenume, funcția

(în clar)

(în clar)
