

Antetul unității (denumire, adresa, CUI)

Nr.de înregistrare, data

## A D E V E R I N Ț Ă

Se adeverește prin prezenta că doamna / domnul ..... medic/medic dentist / farmacist / specialist / primar în specialitatea.....asistent medical generalist / asistent medical obstetrică-ginecologie este / a fost încadrat / ă în unitatea noastră în funcția de ..... de la data de (zi, lună, an) până la data de.... (zi, lună, an), exercitând efectiv, legal și neîntrerupt\* activitățile profesionale pe această durată.

Funcția,  
nume prenume persoană abilitată,  
semnătură, ștampila unității