Anexa nr. 5

la Regulamentul cu privire la condiţiile

de stabilire, modul de calcul şi de plată

a indemnizaţiilor pentru incapacitate

temporară de muncă

Direcţiei Resurse Umane

Director

de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAŢIE**

Subsemnata/tul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ confirm pe proprie răspundere pierderea integrală a venitului asigurat pentru perioada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la toate unităţile în care desfăşoară activităţi.

În cazul în care se demonstrează că informaţia declarată mai sus nu este veridică mă oblig să restitui benevol sumele plătite nejustificat din contul angajatorului sau/şi din bugetul asigurărilor sociale de stat.

Data Semnătura