

[ANTETUL UNITĂȚII SANITARE]

Denumirea unității: .....  
CUI/CIF: ..... Adresa: .....  
Tel.: ..... E-mail: .....

Nr. .... / Data ...../...../.....

**ADEVERINȚĂ**

Prin prezenta adeverim că dl./dna. ...., CNP ....., este angajat/ă în cadrul unității noastre, după cum urmează:

<b>(a) Funcția / Profesia</b>	
<b>(b) Specialitatea medicală</b>	
<b>(c) Secția / Compartimentul (cu descrierea tipului de servicii furnizate, din care să rezulte legătura funcțională cu îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive)</b>	
<b>(d) Tipul contractului</b>	<input type="checkbox"/> CIM pe perioadă nedeterminată <input type="checkbox"/> CIM pe perioadă determinată (până la: ...../...../.....) <input type="checkbox"/> Raport de serviciu
<b>(e) Norma de lucru</b>	<input type="checkbox"/> Normă întreagă <input type="checkbox"/> Frațiune: .....
<b>(f) Data angajării</b>	...../...../.....

**Confirmăm totodată că unitatea noastră:**

furnizează servicii într-o specialitate în care sunt îngrijiți pacienți cu boli cronice progresive (a se preciza specialitățile clinice relevante în câmpul de mai jos)

și / sau

este implicată în furnizarea de servicii de îngrijire paliativă (inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu).

Specialitățile clinice relevante: .....

Prezenta adeverință se eliberează la cererea titularului, în vederea înscrierii în Grupul Țintă al proiectului „Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată”, Cod SMIS: 346635, Contractul de finanțare nr. 100149/28.08.2025, finanțat prin Programul Sănătate 2021–2027, FSE+.

Adeverința este valabilă la data emiterii.

<b>Reprezentant legal,</b> Numele: ..... Funcția: ..... Semnătura ..... Ștampila	<b>Departament Resurse Umane,</b> Numele: ..... Funcția: ..... Semnătura .....
--	---