



Rezoluție: Se aprobă / Se respinge

CERERE PRIVIND SOLICITAREA INDEMNIZAȚIEI _____ 1
PE LUNA _____

I. Date privind solicitantul

Subsemnatul (nume și prenume), domiciliat în localitatea, str., nr., bl., sc., et. .., ap., sector/județ, CNP, BI/CI/P seria ... nr. eliberat(a) de, având nr. Dosar Profesional, Telefon nr....., Email..... solicit drepturile de asigurări sociale convenite pe luna.....

II. Calitatea solicitantului ²

Declar pe proprie răspundere că în luna * **AM / NU AM avut încasări** :

- onorarii din profesie (mai puțin onorarii oficiu) - lei.
- din onorarii oficiu - lei.

* In cazul in care cererea privește fracție de lună, mă oblig să completez și să depun **declarația de venit pentru luna menționată în prezenta cerere.**

III. Acte Depuse ³ :
.....

Înțeleg că plata concediului medical este condiționată de îndeplinirea condițiilor legale dar și de efectuarea controlului documentelor financiare, care vor ajuta la stabilirea corectă a drepturilor. Documentele se vor depune la inspectorul filialei.

Imi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul si pentru indeplinirea atributiilor legale ale institutiei, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European si Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protectia datelor – GDPR).

Data:.....

Semnătura solicitantului.....

(se completează de filiala) _____

IV. Date pentru calcul ⁴

Media C.A.S. pe 12 luni.....

Venit mediu aferent C.A.S.

Procent

Valoare indemnizație convenită

ZILE CALENDARISTICE.....

ZILE LUCRATOARE.....

Întocmit

Contabil șef,

Data:.....

Semnătura

¹Se completează cu tipul de indemnizație solicitat, respectiv pentru C.M de boală respectiv C.M maternitate.

²Se completează în funcție de situație, respectiv avocat **definitiv / stagiar**.

³Se menționează actele depuse în funcție de specificul indemnizației (C.M. Boala / C.M.Maternitate)

⁴Se completează de către funcționarii filialei CAA