

Anexa nr.5
la Regulamentul cu privire la condițiile
de stabilire, modul de calcul și de plat
a indemnizațiilor pentru incapacitate
temporară de muncă

Către Directorul
Departamentului Resurse Umane
dl Oleg Galbur

DECLARAȚIE

Subsemnata/tul

_____ confirm
pe proprie răspundere pierderea integrală a venitului asigurat pentru
perioada _____, la toate unitățile în care activez.

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

Telefon serviciu _____

Telefon mobil _____

Data

Semnătură