



**SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENTA
TIMISOARA**

300041- str. Hector 1, Timisoara, Timis – RO, 300041
Tel : 0256/200048, 0256/221553, Fax: 0256/200046
<http://www.spitalul-municipal-timisoara.ro>
e-mail : smtm@rdstm.ro
Cod fiscal : 4483447, IBAN : RO19TREZ6215041XXX000495
Trezoreria Timisoara

ISO 9001
ISO 14001
ISO 18001



Nr. _____ / _____

Catre,

Prin prezenta va facem cunoscut ca potrivit Ordinului MS/CNAS nr. 430/470/2010 pentru modificarea si completarea Normelor de aplicare a prevederilor OUG nr. 158/2005 privind concediile si indemnizatiile de asigurari sociale de sanatate, aprobate prin Ordin MS/CNAS nr.60/2006, asiguratii au urmatoarele obligatii :

- Sa instiinteze platitorii de indemnizatii de asigurari sociale de sanatate privind aparitia starii de incapacitate temporara de munca si privind datele de identificare, respectiv numele medicului prescriptor si unitatea in care functioneaza acesta, in termen de **24 ore de la data acordarii concediului medical**.

In situatia in care aparitia starii de incapacitate temporara de munca a intervenit in zilele declarate nelucratoare, asiguratii au obligatia de a instiinta platitorii de indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in prima zi lucratoare.

- Asiguratii au obligatia sa completeze si sa depuna la medicul prescriptor o declaratie pe proprie raspundere conform modelului prevazut in anexa la prezenta.

- Medicii prescriptori au obligatia ca la solicitarea platitorilor de indemnizatii de Asigurari sociale de sanatate sa puna la dispozitia acestora o copie a declaratiei „conforma cu originalul” numai in baza unei imputerniciri date de conducatorul unitatii platitoare.

Ca urmare a celor de mai sus va rugam sa comunicati tuturor angajatilor si sa se conformeze conform legilor in vigoare.

MANAGER,
CONF.DR. MAZILU OCTAVIAN

SEF SERV.RUONS,
EC. BUJOR ELENA



DECLARATIE

Subsemnatul/a _____ angajat al/a _____
cu sediul _____, cetatean _____, nascut(a) la data de _____
in localitatea _____ domiciliat(a) in _____ str. _____ nr. _____ bl. _____
sc. _____ et. _____ ap. _____ sectorul/judetul _____, posesor(oare) al/a _____ seria _____ nr. _____
eliberat(a) de _____ la data de _____, cod numeric personal _____
_____, cunoscind dispozitiile art. 292 din Codul Penal cu privire la falsul in
declaratii, declar pe propria raspundere urmatoarele :

Pe perioada valabilitatii concediului medical seria _____ nr. _____
acordat in data de _____, voi locui la adresa de resedinta din :

Str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ sector/judet _____

Prin prezenta declar ca sunt de acord cu urmatoarele conditii de eliberare a concediului medical :

- Sa anunt angajatorul/platitorul de indemnizatii de asigurari sociale de sanatate cu privire la
incapacitatea temporara de munca, precum si datele medicului care a eliberat certificatul de concediu
medical in primele 24 de ore de la obtinerea acestuia sau in situatia in care aparitia starii de incapacitate
temporara de munca a intervenit in zilele declarate nelucratoare, sa anunt angajatorul/platitorul de
indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in prima zi lucratoare;

- Sa mentionez adresa de resedinta pentru perioada concediului medical;

- Sa fiu prezent la adresa de resedinta indicata pe toata perioada concediului medical, cu .

exceptia situatiilor justificate cu documente medicale pentru efectuarea de tratamente de specialitate,
analize paraclinice sau alte proceduri medicale;

- Pe durata valabilitatii concediului medical pot fi vizitat la adresa indicata, in intervalele
orare 08,00 – 11,00; 12,00 – 17,00 si 18,00 – 20,00 de persoanele abilitate, desemnate in conformitate cu
legislatia in vigoare, obligindu-ma sa ma legitimez.

In cazul nerespectarii acestor conditii voi suporta rigorile legislatiei in vigoare.

OBSERVATIILE MEDICULUI PRESCRIPTOR	
---------------------------------------	--

Declarant,

Data,

Numele, prenumele si semnatura
