

SPITALUL CLINIC MUNICIPAL  
DE URGENȚĂ TIMIȘOARA  
REGISTRATURĂ  
Nr. 3634 DIN 04.03.2014



**SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚA  
TIMIȘOARA**

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

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.

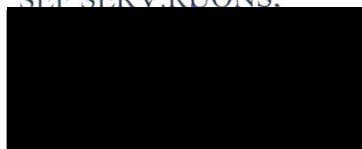
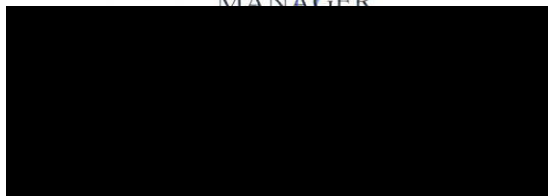
- Asiguratii au obligatia sa completeze si sa depuna la medicul prescriptor o declaratie pe proprie raspundere conform modelului prevazut in anexa la prezenta.

- 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

SEE SERV.RUONS.



## 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

\_\_\_\_\_