

Unitatea _____

Adresa _____

Telefon _____ Fax _____

E-mail _____ Cod fiscal _____

Nr. _____/_____

A D E V E R I N Ț Ă

Prin prezenta se adeverește faptul că domnul/doamna _____, este/a fost încadrat(ă) la unitatea noastră în funcția didactică / didactică auxiliară de _____ începând cu data de _____ și nu a beneficiat de plata indemnizației de instalare, deși a solicitat acest lucru.

Director,

(nume, prenume, semnătură, ștampilă)

Secretar,

(nume, prenume, semnătură)