**COMPARTIMENTUL RUNOS, SALARIZARE**

**- Ștate –** întocmește și semnează RUNOS – transmite spre semnarecătre responsabilii**:** certific în privința legalității și bun de plată (din cadrul compartimentului runos) – viza CFP – semnat director ex.adj.ec. și director executiv;

- **pontajul,**  întocmit de un responsabil al compartimentului – avizat de șeful ierarhic superior – vizat de director executiv adj. – aprobat director executive și transmis RUNOS, anexez model pontaj;

- **cereri concediu de odihnă sau de orice fel,** întocmit de către salariat - avizat de șeful ierarhic superior – vizat de director executiv adj. – aprobat director executive și transmis RUNOS, anexez model cerere concediu legal de odihnă;

- **adeverințe medic sau de orice fel,** cerere solicitare întocmit de către salariat – aprobat director executiv și transmis RUNOS – RUNOS întocmește adeverința – trimite la semnat director executive, anexez model adeverință medic;

**ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se certifică că doamna Mocanu Elena, CNP 2800216134198, act de identitate CI seria KZ, nr. 496292, eliberat de SPCLEP Constanta, la data de 23.03.2018, cu domiciliul în str. Int.Cîmpinei nr.14, judeţul Constanţa, judeţul Constanţa, are calitate de persoană asigurată pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi îndeplineşte stagiul de asigurare\*) prevăzut la art. 7 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

Prezenta adeverinţă are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverinţă sunt corecte şi complete.

Numărul de zile de concediu medical de care persoana asigurată a beneficiat în ultimele 12/24 luni este de 35 zile până la data prezentei, aferente fiecărui cod de indemnizaţie în parte, fiecărei sarcini, precum şi fiecărui copil bolnav, după cum urmează:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cod de indemnizaţie | Număr de zile concediu medical  în ultimele 12\*\*) /24 luni\*\*\* | Seria și numărul certificatului de concediu medical anterior\*\*\*\*), pentru codul de diagnostic….valabil pînă la…... |
| 51 | 5 | - |
| 01 | 30 | - |

DIRECTOR EXECUTIV COMP. R.U.N.O.S.

EC.SCHIPOR CRISTINA MIHAELA EC.ANDREI MARIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.S.P.J. CONSTANTA** | **Foaie colectivă de prezenţă**  pe luna | Co | – concedii de odihnă | I | – învoiri şi concedii fără salariu |
|  | Bo | – boală obişnuită | O | – obligaţii cetăţeneşti |
| **Comp.** | Bp | – boală profesională | N | – absenţe nemotivate |
|  | Am | – accidente de muncă | Prm | – program redus maternitate |
|  | M | – maternitate | Prb | – program redus boală |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Numaăr  matricol | Numele  şi prenumele | Număr  de marcă | Meseria  sau  funcţia | ORE ZILNIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total  ore lucrate | din care | | | Total ore  nelucrate | Ore de  întrerupere | din care | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Total  1 - 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Ore supl.  50% | Ore supl.  100% | Ore de  noapte | Co | Bo | Bp | Am | M | I | O | N | Prm | Prb |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

APROBAT,

DIRECTOR EXECUTIV

EC.SCHIPOR CRISTINA MIHAELA

**Domnule director executiv**

Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ funcționar public /personal contractual la Direcția de Sănătate Publică Constanța în funcția de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , în cadrul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog sa binevoiti a-mi aproba cererea de concediu legal de odihnă pe anul \_\_\_\_\_\_ începand cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_\_\_ zile lucrătoare), în perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pe întreaga perioadă a concediului de odihnă atribuțiile de serviciu vor fi asigurate de către \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu funcția de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. ( Nume, Prenume)

Mentionez ca nu solicit plata anticipată a indemnizatiei de concediu de odihnă .

Semnatura

funcționarului public/ personalului contractual

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnatura

celui care preia atribuțiile de serviciu

funcționarului public/ personal contractual

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avizat Vizat**

Șef ierarhic superior Director executiv adjunct

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( Nume, Prenume) ( Nume, Prenume)

**Domnului director executiv al Direcției de Sănătate Publică Județeană Constanța**