**CERERE**

**PENTRU ELIBERAREA CERTIFICATELOR DE CONCEDIU MEDICAL,**

**ÎN CAZUL SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE ÎN ALT STAT**

**Către,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREȘ**

Subsemnatul(a)/persoană delegată ................................................................................,

CNP ..............................., legitimat prin BI/CI..............., seria ....................... nr. ..................,

 cu domiciliul în localitatea........................................., str. ....................................... nr. ........., bl....., sc......., et. ......, ap. ......, sectorul/judeţul ..........................., angajat la ..........................., cu sediul social în județul.................,prin prezenta solicit eliberarea certificatului de concediu medical pentru perioada................................., în care mi-am pierdut capacitatea de muncă și am beneficiat de servicii medicale în statul..............................., în timp ce mă aflam în interes de serviciu/interes personal.

 Precizez că:

□ m-am întors în țară la data de .....................

□ în prezent sunt în statul ..................................

Atașat depun următoarele documente justificative:

□ Copii după documentele care certifică incapacitatea temporară de muncă și durata probabilă a acesteia, emise de medicul/instituția din statul de tratament și traducerea autorizată a acestora în limba română

□ Copie după actul de identitate

□ Adeverință de la locul de muncă (modelul tip pentru concedii medicale), eliberată de un angajator care depune la CAS Mureș *Declarația privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate*

Date de contact: Telefon.....................................E-mail....................................

Subsemnatul, cunoscând prevederile art.326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar, pe propria răspundere că toate informațiile și documentele transmise la CAS Mureș sunt conforme cu realitatea

Semnătură ................................................... data ......................................................

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS Mureș, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.