

Către,

**Doamna DIRECTOR GENERAL  
al Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
cu domiciliul în \_\_\_\_\_, str \_\_\_\_\_,  
nr \_\_, bl \_\_, ap \_\_, jud. \_\_\_\_\_, solicit prin prezenta a-mi aproba  
**înregistrarea calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de  
sănătate.**

Declar pe propria răspundere că NU OBȚIN venituri impozabile.

Menționez că datele din declarație sunt corecte și complete și am luat la  
cunoștință de prevederile legale privind falsul în declarații din Codul penal.

data

semnătura

**Anexez :**

- copie act identitate,
- adeverință eliberată de instituția de învățământ privind calitatea de elev(ă)/student(ă)

Tel relații \_\_\_\_\_