

Anexa nr. 1

**Declarație pe proprie răspundere a persoanei
care nu deține cod numeric personal și care solicită servicii medicale**

Subsemnatul(a) _____, născut/ă la data de _____ în _____, județul/sectorul _____, domiciliat(ă)¹ în _____, strada, _____, nr. _____, bloc _____, etaj _____, apartament _____ județul/sectorul _____, fiul/fiica lui _____ și al _____, cunoscând prevederile articolului 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere următoarele:

- nu am fost înregistrat(ă) în registrele de stare civilă și nu dețin cod numeric personal;
- dețin / nu dețin acte de identitate;*)
- nu am mai fost luat(ă) în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate / am mai fost luat(ă) în evidență anterior de către furnizorul de servicii medicale*) _____, la data de _____, sub următoarea identitate:

Sunt însoțit de/detalii privind identitatea mea pot fi furnizate de²:
_____ domiciliat(ă) în _____ strada,
_____ număr _____, bloc _____, etaj _____, apartament _____, județul/sectorul
_____, având CNP _____, BI/CI seria _____, număr
_____, număr de telefon _____.

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Data ____/____/____

Semnătura,

*) se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate

¹ adresa unde locuiește la data declarației

² Se completează dacă persoana este însoțită sau poate furniza informații în acest sens.

³ Dacă se prezintă un act de identitate va fi realizată o fotocopie.