

Către,

**Casa de Asigurări de Sănătate Constanța**

**CERERE**

de eliberare a adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni **pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință**, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate

Subsemnatul(a), ..... , născut(ă) la data de ..... , în localitatea ..... , domiciliat(ă) în ..... , str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul ..... , posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ..... , cod numeric personal ..... , având codul de identificare al asiguratului (CID) ..... ,

**declar pe propria răspundere**, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că **refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință**, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

și solicit eliberarea adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.

- Depun cardul național de asigurări sociale de sănătate.
- Declar că am returnat cardul național de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate Constanța anterior prezentei cereri.

Data

Semnătura

.....

\_\_\_\_\_