**CERERE TIP PENTRU ELIBERARE FORMULAR E120**

**Catre,**

**Conducerea CAS CONSTANTA**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în loc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_,etajul\_\_\_\_,apartamentul\_\_\_,Jud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BI/CIseria\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate\*de:

* beneficiar
* solicitant

Va rog sa-mi eliberati formularul E120/S1 pentru stabilirea rezidentei in statul: ………................... adresa.................................................................................…………………………………………

pe termen:

* limitat incepand cu data de.........................pana la data de …………..………………

Pentru **beneficiar**\*\*Nume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în loc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_,etajul\_\_\_\_,apartamentul\_\_\_,Jud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BI/CIseria\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexez următoarele documente:

* cerere;
* copie de pe actul de identitate
* copie de pe cererea de pensionare în cazul solicitanţilor de pensie
* adeverinta eliberata de Casa de pensii din care sa reiasa ca solicitantul a depus documentatia si este eligibil pentru acordarea pensiei
* dovada de reședință pe teritoriul altui stat membru, pentru solicitantul de pensie şi membrii de familie.

***Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASA DE ASIGURARI DE SANATATE CONSTANTA in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate****.*

 ***□ DA □ NU***

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura solicitantului\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTĂ**

În cazul în care beneficiarul se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu, solicitantul\* va depune o copie după actul său de identitate şi o procură notarială/delegaţie reprezentant legal.

\*\* se completează doar în cazul în care cererea nu se depune direct de către beneficiar