

## DECLARAȚIE

### pe propria răspundere a persoanei care însoțește copilul până la vârsta de 14 ani/persoana cu handicap care nu deține cod numeric personal și pentru care se solicită servicii medicale

Subsemnatul(a), ....., domiciliat(ă) în ....., strada .....nr. ...., bloc ....., etaj ....., apartament ....., județul/sectorul ....., având CNP ....., BI/CI seria ....., număr .....<sup>1</sup>, reprezentant al (serviciul public de asistență socială/altă instituție din care face parte) ....., cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, declar pe propria răspundere, potrivit informațiilor de care am cunoștință, următoarele:

— copilul cu vârsta de până la 14 ani/persoana cu handicap cunoscut(ă) sub numele....., prenumele ....., născut(ă) la data de ..... în....., județul/sectorul ....., domiciliat(ă)<sup>2</sup> în ....., strada .....nr. ...., bloc ....., etaj ....., apartament ....., județul/sectorul ....., fiul/fiica lui ..... și al/a ....., nu a fost înregistrat în registrele de stare civilă și nu deține cod numeric personal;

—  deține/ nu deține acte de identitate\*);

—  persoana pe care o însoțesc nu a mai fost luată în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate/ a mai fost luat(ă) în evidență anterior de către furnizorul de servicii medicale\*) ....., la data de ....., sub următoarea identitate: .....

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

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

Data ..../..../.....

Semnătura

<sup>1</sup> Dacă se prezintă un act de identitate, va fi realizată o fotocopie.

<sup>2</sup> Adresa unde locuieste la data declarației.

\*) Se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate.