Model anexa

CERERE ELIBERARE ADEVERINȚĂ NUMĂR ZILE CONCEDIU MEDICAL

PENTRU ÎNGRIJIRE PACIENT ONCOLOGIC

In conformitate cu prevederile Ordinului CNAS 1166/2022, va rog a elibera o adeverință din care sa rezulte numărul de zile de concediu medical cod indemnizație 17 din ultimele 12 luni, pentru asiguratul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de însotitor al pacientului cu afecțiuni oncologice si asigurat al CAS Galați numit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, însoțitor desemnat prin acordul încheiat între parti (atasat la foaia de observație întocmită de medicul specialist curant) si care îndeplineste conditia minimă de stagiu pentru a beneficia de concediu medical, respectiv de 6 luni vechime în ultimele 12 luni.

Mă oblig totodată, ca pentru gestionarea numărului de zile să transmit la CAS Galați o copie a certificatului de concediu medical eliberat, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanță.

Doresc ca transmiterea adeverinței să se facă prin posta/email la adresa de corespondență \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sau prin ridicare personală.

Menționez ca am luat la cunoștință de prevederile Regulamentului (UE) 679/ 2016 si sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal.

 Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_\_\_\_

 Semnatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_