ANEXA 3

CERERE

de eliberare a adeverinţei de asigurat cuvalabilitate de 3 luni pentru **persoanelecare refuză în mod expres, din motive religioase sau de**

**conştiinţă, primirea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate**

Subsemnatul(a),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,născut(ă) la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_,bl.\_\_,sc.\_\_,et.\_\_\_,ap.\_\_\_,sectorul/judeţul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,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 dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conştiinţă, primirea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

┌──┬──┬──┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┘

şi solicit eliberarea adeverinţei de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.

[] Depun cardul naţional de asigurări sociale de sănătate.

[] Declar că am returnat cardul naţional de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate Ialomita/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXA 3

CERERE

de eliberare a adeverinţei de asigurat cuvalabilitate de 3 luni pentru **persoanelecare refuză în mod expres, din motive religioase sau de**

**conştiinţă, primirea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate**

Subsemnatul(a),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,născut(ă) la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_,bl.\_\_,sc.\_\_,et.\_\_\_,ap.\_\_\_,sectorul/judeţul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,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 dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conştiinţă, primirea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

┌──┬──┬──┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┘

şi solicit eliberarea adeverinţei de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.

[] Depun cardul naţional de asigurări sociale de sănătate.

[] Declar că am returnat cardul naţional de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate Ialomita/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_