**DECLARAŢIE DE ÎMPUTERNICIRE**

Subsemnatul (a) ...................……………….………...................................................................................., având CNP…………............................................................................................................., domiciliat(ă) în localitatea……................................., strada .....................................................,nr. ......, bl. ........, sc. ........., et. ......., apt. …..., sector/judeţ .............................. declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile art. 326 şi art. 327 Cod Penal cu privire la falsul în declaraţii şi falsul privind identitatea, că am fost împuternicit (ă) de numitul (a)...................……………………………….......................................................,

având CNP…………..................................................... ......................................................., domiciliat(ă) în localitatea……................................., strada .....................................................,nr. ......, bl. ........, sc. ........., et. ......., apt. …..., sector/judeţ .............................. pentru:

□ a ridica de la CAS Olt cardul naţional de asigurări sociale de sănătate

Cardul a fost ridicat de subsemnatul(a) la data prezentei declaraţii și mă oblig să îl predau titularului în cel mai scurt timp.

Data ……………………. Semnătura …….............………………

NOTĂ: Declarația se depune la momentul eliberări cardului și va fi însoțită de copii ale actelor deidentitate menționate în aceasta

CAS Olt respectă prevederile Regulamentul European (UE) 2016/679 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor.