

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRAHOVA

CERERE

de eliberare a adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni
pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase
sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, în localitatea, domiciliat(ă) în, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, 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 dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

și solicit eliberarea adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.

- Depun cardul național de asigurări sociale de sănătate.
- Declar că am returnat cardul național de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate Prahova.

Data

.....

Semnătura

--