

MOTIV REFUZ \_\_\_\_\_

	<p><b>CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE</b> <b>CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE HUNEDOARA</b> Operator de date cu caracter personal nr.21189 Deva, Str.1 Decembrie, Nr.16, Tel.0254/219280;218921, fax.218911 e-mail:informatica@cjashd.ro, www.cjashd.ro, CUI 11319740</p>
---	--

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Către,

### CONDUCEREA C.J.A.S.HUNEDOARA- DEVA

Subsemnatul(a) ..... în calitate de .....,  
domiciliat în localitatea.....str....., nr....., bl....., ap.....,  
jud.Hunedoara, vă rog să binevoiți a-mi aproba obținerea unui(unei)  
.....  
.....  
pentru ..... C.N.P.....  
suferind de .....

Cunoscând faptul că falsul în declarații se pedepsește conform art.326 Cod Penal,  
declar pe propria răspundere că deficiența nu a survenit în urma unei boli profesionale,  
accident de muncă sau sportiv și îmi asum **responsabilitatea declarării gradului de  
rudenie.**

Subsemnatul....., prin prezenta declar că am fost  
informat că datele cu caracter personal ale beneficiarului dispozitivului medical sunt  
prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din documentele depuse precum și din actele  
anexate vor fi prelucrate de CAS Hunedoara cu respectarea prevederilor Regulamentului  
UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea  
datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Doresc să intru în posesia deciziei prin poștă

prin ridicare personală

DATA

SEMNĂTURA

TELEFON SOLICITANT.....