

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE VASLUI

CERERE

de eliberare a adevărului 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 adevărului 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/Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

Data

.....

Semnătura

.....