

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a.....identificat cu
C.I. seria..... nr....., CNP.....,
domiciliat/a în, str..... nr....., bl.....,
sc., et....., ap.....jud.....,

- salariat/ă la
- lucrător independent
- pensionar
- șomer
- solicitant de pensie
- student/ă la.....

vă rog să binevoiți a-mi aproba eliberarea formularului:

- E 106(S1)
- E 109(S1)
- E 120(S1)
- E 121(S1),

deoarece.....
.....

Declar pe proprie răspundere că nu beneficiaz de asigurări sociale de
sănătate în statul de reședință.

Declar de asemenea că voi semnala, atât pentru mine cât și pentru membrii
familiei mele, orice schimbare de situație care ar putea modifica dreptul la
prestațiile în natură pe baza formularului solicitat.

Solicit ca formularul să fie valabil începând cu data de

tel.:.....

e-mail:.....

Prin utilizarea /furnizarea/inserarea datelor cu caracter personal în prezentul
înscriș, cunoscând că, CAS Iași este operator de date cu caracter personal, îmi
exprim acordul cu privire la prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul
cererii/petiției/documentului depus.

Data

Semnătura,