

CERERE DE ELIBERARE A ADEVERINȚEI DE ASIGURAT CU VALABILITATE DE TREI LUNI PENTRU PERSOANELE CARE REFUZĂ ÎN MOD EXPRES, DIN MOTIVE RELIGIOASE SAU DE CONȘTIINȚĂ PRIMIREA CARDULUI NAȚIONAL

Subsemnatul(a)..... nascut(a) la data de, in localitatea, domiciliat(ă) in....., str. nr, bloc, scara, etaj, apt....., sector/judet, posesor al BI/CI, seria, nr....., eliberat de, la data de, cod numeric personal....., avand codul de identificare al asiguratului (CID), declar pe propria raspundere, cunoscand dispozitiile articolului 326 din Codul penal cu privire la falsul in declaratii, ca refuz in mod expres, din motive religioase sau de constiinta primirea cardului national cu numarul de identificare:

Table with 20 empty cells for identification number.

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..... / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

* Îmi exprim consimțământul expres și neechivoc, explicit și informat, asupra colectării, prelucrării și utilizării tuturor datelor mele personale, precum și ale copilului/copiilor meu(i) minor(i), inclusiv a celor cu caracter special, de către CAS Neamț în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Data ,

Semnatura,