CASA ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE A APĂRĂRII, ORDINII PUBLICE, SIGURANȚEI NAȚIONALE ȘI AUTORITĂȚII JUDECĂTOREȘTI

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), ..., nascut(ă) la data de ....., în localitatea ....., domiciliat(ă) în ....., str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul/județul ....., posesor/posesoare al/aBI/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 C.A.S.A.O.P.S.N.A.J./ Casei Naționale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Solicit ca răspunsul să îmi fie comunicat:

□ *la adresa:*_____
(se menționează adresa de corespondență/domiciliu)

□ *prin e-mail la adresa:* _____, *format date:* _____

□ *personal, la sediul CASAOPSNAJ*

Nr. tel.: _____

DATA SEMNĂTURA

_____ _____