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

CERERE de ELIBERARE a CARDULUI DUPLICAT

1. NUME

2. PRENUME

3. CNP/CID

4. Solicit eliberarea cardului duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din **Codul penal** cu privire la falsul in declarații, următoarele:

Motivul solicitării cardului duplicat:

a) ☐ PIERDERE;

b) ☐ FURT;

c) ☐ DETERIORARE;

d) ☐ MODIFICARI ALE DATELOR PERSONALE (mentionati numarul cardului mai jos):

e) ☐ ALTE SITUATII JUSTIFICATE:

_____

sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:

☐ Defecțiuni tehnice, erori ale informațiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare (menționați numărul cardului mai jos):

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 comunicarea adeverintei inlocuitoare:

□ *la adresa:* _____.

(se menționează adresa de corespondență/domiciliu)

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

□ *personal, la sediul CASAOPSNAJ*

Nr. tel.: _____

DATA SEMNĂTURA

_____ _____

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate.
La pct. 4 se bifeaza o singură opțiune.