**CERERE**

 **Subsemnatul/subsemnata…………………………………………….**

**CNP…………………….., act de identitate seria……….., nr……………..**

**cu domiciliul in jud………......……, loc…....……….........…, str………......………, nr…...., bl……., ap……., va rog respectuos sa-mi aprobati incheierea de act aditional la contractului de asigurare pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate , asa cum este prevazut de art. 5 alin.(1¹) si (1²) din OUG.nr158/2005 cu modificarile si completarile ulterioare, respectiv in Ordinul nr.15/2018 cu modificarile si completarile ulterioare.**

 **Declar pe proprie raspundere urmatoarele :**

1. **nu realizez venituri din desfăşurarea unei activităţi în baza unui contract individual de muncă, a unui raport de serviciu, act de detaşare sau a unui statut special prevăzut de lege, precum şi alte venituri asimilate salariilor, cu respectarea prevederilor legislaţiei europene aplicabile în domeniul securităţii sociale, precum şi a acordurilor privind sistemele de securitate socială la care România este parte;**
2. **nu realizez în România veniturile prevăzute la lit. A, de la angajatori din state care nu intră sub incidenţa legislaţiei europene aplicabile în domeniul securităţii sociale, precum şi a acordurilor privind sistemele de securitate socială la care România este parte;**
3. **nu beneficiez de indemnizaţie de şomaj, potrivit legii.**
4. **nu ma incadrez in niciuna din categoriile de asigurat fara plata contributiei prevazute la art.154 din Lg.nr.227/2015 privind Codul fiscal**
5. **nu detin calitatea de pensionar in sistemul public de pensii din Romania.**

**Solicit incheierea contractului pentru :**

1. **concediile medicale si indemnizatiile prevazute la art.2 alin(1) lit a), b) si d) din OUG nr.158/2005 aprobata cu modificarile si completarile ulteriore**
2. **concediile medicale si indemnizatiile pentru maternitate prevazute la art.2 alin.(1) lit.c) din OUG nr.158/2005 aprobata cu modificarile si completarile ulteriore.**

**Solicit incheierea contractului pe o perioada de……..................…luni.**

**Telefon………………………….**

**e-mail:...................................**

**Data………………. Semnatura,**

**Domnului Director General al Casei de Sanatate Calarasi**