

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CLUJ

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), ,
născut(ă) la data de, în
localitatea, domiciliat(ă)
în, str. nr.,
bl., sc., et., ap.,
sectorul/județul, posesor/posesoare al/a BI/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 Casei
de Asigurări de Sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
anterior prezentei cereri.

Data

Semnătura