

**CERERE TIP
PENTRU ELIBERAREA
CERTIFICATELOR DE CONCEDIU PENTRU ÎNGRIJIREA COPILULUI BOLNAV,
ÎN CAZUL SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE ÎN ALT STAT**

Către
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ

Subsemnatul(a).....
domiciliat(ă) în localitatea, str.....
nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., legitimat prin B.I. /C.I. / Certificat de înregistrare/ Permis
de sedere (conform copiei anexate), seria..... și numărul.....,
în calitate de:

parinte, codul numeric personal.....;

asiguratul care, în condițiile legii, a adoptat, a fost numit tutore, căruia i s-a încredințat
copilul în vederea adopției sau i-a fost dat în plasament (conform actelor anexate), codul numeric
personal:

solicit eliberarea *Certificatului de concediu pentru îngrijirea copilului bolnav* pentru perioada
....., în care am însoțit copilul
..... cu codul numeric
personal (conform actelor anexate),
la tratament pe teritoriul statului.....

Precizez că m-am întors în țară la data de

depun Adeverință de la locul de muncă (modelul tip pentru concedii medicale

am încheiat cu CAS Cluj contractul de asigurare pentru concedii și indemnizații de
asigurări sociale de sănătate nr.....din.....și am plătit
la zi contribuția datorată pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate.

Anexez următoarele acte doveditoare traduse și autentificate (bilet de externare/ epicriza de
etapa emisa lunar/ scrisoare medicala, etc.) :

.....
.....
.....
.....
.....

Depunerea actelor la CAS Cluj și ridicarea certificatelor de concediu medical vor fi realizate
de:....., legitimat prin
B.I. /C.I. / Certificat de înregistrare/ Permis de sedere (conform copiei anexate), seria.....și
numărul....., codul numeric personal,
domiciliul în localitatea, str.
nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul,
în calitate de:

soțul/soția/ruda de gradul I ale parentelui beneficiar de concediu pentru îngrijirea copilului
bolnav, sau

persoană împuternicită de asigurat (conform împuternicirii autentificată notarial anexată)

Date de contact:

Telefon:

E-mail:

Subsemnatul, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că toate informațiile și documentele transmise la CAS Cluj sunt complete și conforme cu realitatea și că nu există alte aspecte relevante pentru a facilita evaluarea prezentei cereri de către CAS Cluj.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS CLUJ, 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.

Numele si prenumele asiguratului

.....

Cluj-Napoca,

Data:/...../.....

Semnătura,

Numele si prenumele persoanei imputernicite

[] soțul/soția/ruda de gradul I ale parintelui beneficiar, sau

[] persoană împuternicită (conform împuternicirii notariale anexata)

.....

Cluj-Napoca,

Data:/...../.....

Semnătura,