

Către,  
Casa de Asigurări de Sănătate Dolj<sup>\*</sup>

Subsemnatul/a, ....., CNP.....,  
domiciliat(ă) în str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
localitatea ....., județul ....., telefon..... diagnosticat  
cu .....,

Prin prezenta solicit o adeverința privind numărul de zile de concediu medical aferente codului de indemnizație 17 acordate în ultimele 12 luni.

Menționez că persoana care mă însoțește la tratamentul/intervenția chirurgicală la unitatea sanitara .....,este:  
Numele și prenumele ....., CNP .....,  
domiciliat(ă) în str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap .....,  
localitatea ....., județul ....., telefon .....

În vederea gestionării numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice, persoana care mă însoțește va transmite o **copie a certificatului de concediu medical** la casa de asigurări de sănătate la care subsemnatul sunt luat în evidență, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanță (mail: info@casdj.ro).

Data: .....

Semnătura pacientului cu afecțiuni oncologice: .....