Declarație-tip pe proprie răspundere

Declarație*

Subsemnatul.....cetățean.....,

născut la data de ....., în localitatea .....,domiciliat în.....,

strada.....nr.....,bloc.....,scara.....,etaj.....,apartament.....
sector/județ....., posesor al BI/CI, seria.....nr.....

eliberat de .....la data de ....., CNP.....

Cunoscând dispozițiile art.326 Cod Penal cu privire la falsul în declarații declar că refuz cardul național de asigurări sociale de sănătate eliberat pe numele meu.

Dau prezenta declarație în baza art.2 alin.5 dun HG nr.900/2012 cu modificările şi completările ulterioare, fiindu-mi necesară pentru eliberarea adeverinței de asigurat.

Semnătura,

Data.....

*Durată estimată completare formular – 1-5 min.
Motivul colectării informației: certificare refuz card național de asigurări de sănătate