

**DECLARAȚIE**

**pe propria răspundere a persoanei care nu deține cod numeric personal și solicită servicii medicale**

Subsemnatul(a), ....., născut(ă) la data de ..... în ....., județul/sectorul ....., domiciliat(ă)<sup>1</sup> în ....., strada ..... nr. ...., bloc ....., etaj ....., apartament ....., județul/sectorul ....., fiul/fiica lui ..... și al/a ....., cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, declar pe propria răspundere următoarele:

- nu am fost înregistrat(ă) în registrele de stare civilă și nu dețin cod numeric personal;
- dețin/ nu dețin acte de identitate;\*);
- nu am mai fost luat(ă) în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate/ am mai fost luat(ă) în evidență anterior de către furnizorul de servicii medicale\*) ....., la data de ....., sub următoarea identitate:

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

Sunt însoțit de:/Detalii privind identitatea mea pot fi furnizate de<sup>2</sup>: ....., domiciliat(ă) în ....., strada ..... nr. ...., bloc ....., etaj ....., apartament ....., județul/sectorul ....., având CNP ....., BI/CI seria ....., număr ....<sup>3</sup>, număr de telefon .....

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Data ...../...../.....

Semnătura

<sup>1</sup> Adresa unde locuiește la data declarației.

<sup>2</sup> Se completează dacă persoana este însoțită sau poate furniza informații în acest sens.

<sup>3</sup> Dacă se prezintă un act de identitate, va fi realizată o fotocopie.

\*) Se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate.