**C E R E R E**

Subsemnatul/Subsemnata.............................................................................................................posesor al codului numeric personal ................................................, actul de identitate ..... seria ...... nr. ................., cu domiciliul sau reşedinţa în localitatea ........................, str. ........................ nr. ....., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ......................, oficiul poştal ................., telefon ................., e-mail ....................................., in baza OUG nr. 158/2005, privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate cu modificarile si completarile ulterioare, art. 1, alin(2), solicit incheierea contractului de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate, in urmatoarele conditii:

* Data intrarii in vigoare a contractului ……………………………………….…………….. ( prima zi a lunii urmatoare depunerii cererii);
* Venitul lunar asigurat …………………………… (lei), (nu mai putin de salariul de baza minim brut garantat in plata si nu mai mult decat echivalentul a de 12 ori salariul de baza minim brut garantat in plata);
* Durata contractului:
  + nedeterminata;
  + determinata, perioada: de la …………………………(zz/ll/an) pana la data ……………………………………(zz/ll/an);

Declar, pe propria raspundere, urmatoarele:

1. nu realizez venituri din desfăşurarea unei activităţi în baza unui contract individual de muncă, a unui raport de serviciu, act de detaşare sau a unui statut special prevăzut de lege, precum şi alte venituri asimilate salariilor, cu respectarea prevederilor legislaţiei europene aplicabile în domeniul securităţii sociale, precum şi a acordurilor privind sistemele de securitate socială la care România este parte;
2. nu realizez in România veniturile prevăzute la lit. A, de la angajatori din state care nu intră sub incidenţa legislaţiei europene aplicabile în domeniul securităţii sociale, precum şi a acordurilor privind sistemele de securitate socială la care România este parte;
3. nu sunt beneficiar de indemnizatie de somaj;
4. nu am calitatea de pensionar cu excepţia calitatii de pensionar de invaliditate gradul III şi a pensionarilor nevăzători, care desfăşoară activităţi independente definite potrivit <LLNK 12015 0932 2H1 0 40>Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările şi completările ulterioare, denumită în continuare <LLNK 12015 0932 2H1 0 12>Codul fiscal

Declar prin prezenta că sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către CAS Teleorman, conform CU Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016. Consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal, precum și furnizarea datelor menționate mai sus sunt voluntare. Acest consimțământ poate fi revocat, în condițiile legii, cu efect ulterior, printr-o notificare gratuită către CAS Teleorman.

Am luat la cunoștință că datele cuprinse în acest formular vor fi tratate confidențial, în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data, Solicitant,

**DOMNULUI PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL AL CASEI DE ASIGURARI DE SANATATE TELEORMAN**