

Către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Subsemnatul(a) _____,
 CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____,
 str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____,
 et. _____, ap. _____, sector/județ _____, solicit eliberarea unei adeverințe din
 care să rezulte că sunt asigurat(ă) CASAOPSNAJ în calitate de (bifați poziția corespunzătoare):

<input type="checkbox"/>	Salariat / Persoană cu venit asimilat salariilor;
<input type="checkbox"/>	Persoană fizică autorizată (PFA) / Persoană fără venituri (PFV);
<input type="checkbox"/>	Pensionar;
<input type="checkbox"/>	Persoană care realizează venituri din agricultură și / sau silvicultură;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din cedarea folosinței bunurilor;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din dividende;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din dobânzi;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din drepturi de proprietate intelectuală;
<input type="checkbox"/>	Asigurat fără plata contribuției conform Art. 223 din Legea 95/2006:
<input type="checkbox"/>	Elev / Student cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani;
<input type="checkbox"/>	Tânăr cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani care provine din sistemul de protecția copilului;
<input type="checkbox"/>	Soț, soție sau părinte aflat în întreținerea unei persoane asigurate (coasigurat);
<input type="checkbox"/>	Persoană cu handicap;
<input type="checkbox"/>	Personal monahal;
<input type="checkbox"/>	Bolnav cu o afecțiune inclusă în programele naționale de sănătate;
<input type="checkbox"/>	Femeie însărcinată sau lăuză;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se afla în concediu pentru creșterea copilului
<input type="checkbox"/>	Șomer;
<input type="checkbox"/>	Persoană care face parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social conform Legii 416-2001;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se află în executarea unei pedepse private de libertate sau arest preventiv;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 118 / 1990;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 189 / 2000;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 44 / 1994;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 309 / 2002;

MOTIVUL PENTRU CARE SE SOLICITA ADEVERINTA:

<input type="checkbox"/>	Medic de familie;	<input type="checkbox"/>	Formular european;
<input type="checkbox"/>	Medic dentist;	<input type="checkbox"/>	Card european;
<input type="checkbox"/>	Medic specialist;	<input type="checkbox"/>	Autoritatea pentru străini;
<input type="checkbox"/>	Îngrijiri la domiciliu;	<input type="checkbox"/>	Spital:
<input type="checkbox"/>	Ortoze / proteze;		Data internării: _____
<input type="checkbox"/>	Comisii terapeutice;	<input type="checkbox"/>	Altele.

Depun anexat documente conform Legii 95/2006 republicata, în baza Ordinului 581/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, 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.

DA

NU

Solicit ca răspunsul să îmi fie comunicat:

- la adresa: _____
(se menționează adresa de corespondență/domiciliu)

- prin e-mail la adresa: _____, format date: _____

- personal, la sediul CASAOPSNAJ DA

Data:

Semnătura:

Număr de telefon: