

**CASA ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE A APĂRĂRII, ORDINII PUBLICE,  
SIGURANȚEI NAȚIONALE ȘI AUTORITĂȚII JUDECĂTOREȘTI**

**Domnule Director General**

Subsemnatul/a, aparținător/ împuternicit .....,  
CNP ....., domiciliat (conform CI) în localitatea .....,  
Strada....., nr....., bl....., sc....., et....., ap.....,  
sector/județ....., posesor al CI seria..... nr....., **cunoscând că falsul în  
declarație constituie infracțiune care este sancționată de Codul Penal conform art. 326, declar pe propria  
răspundere că SUNT:**

- soț /soție.....
- rudă de gradul întâi:
- rudă de gradul al doilea:
- orice persoană
- împuternicit legal prin - act de reprezentare prin avocat.....   
sau  
- act notarial .....
- reprezentant legal .....

**și solicit în numele asiguratului.....** cu  
CNP ....., posesor al CI seria..... nr.....,  
**să certificați numărul de zile de îngrijiri medicale pe recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu**  
cu încadrarea în limita prevăzută la art. 2 alin. (3) din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei  
Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1857/441/2023.

**Atașez prezentei următoarele documente:**

- 1. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu (exemplar în original)-** conform Anexei 31C;
- 2. În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital - se atașează o copie a  
scrisorii medicale/biletului de externare;**  
**NOTĂ: Serviciile din recomandare trebuie să fie în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de  
externare pentru a se putea certifica numărul de zile.**
- 3. Carte Identitate asigurat (copie);**
- 4. Carte Identitate aparținător/împuternicit/orice persoana (copie);**
- 5. Împuternicire legală - act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului -  
după caz;**
- 6. Copie a certificatului de naștere pentru copii până la 14 ani- după caz.**  
**NOTĂ: Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru  
certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 10 zile  
lucrătoare de la data emiterii recomandării.**

**Documentele se depun la registratura C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. din Strada Popa Savu 45, sector 1,**  
București, sau se pot transmite prin **poștă/curierat** cu încadrarea în numărul de zile menționat, la adresa: Strada  
Popa Savu 45, sector 1, București, CP 011434.

*Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., 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.*

**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 C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

**Nr. telefon:** .....

Nume și Prenume .....

Data .....

Semnătură .....