

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

Doamnei Președinte-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: **-părinte**.....
 -fiu /fiică
- rudă de gradul al doilea: **- frate/soră**
 - bunic/bunică.....
 - nepot/nepoată....
- împuternicit legal prin - act de reprezentare prin **avocat**.....
 - **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.397/836/2018.

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 (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 5 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 CASAOPSNAJ

Nr. tel.: _____

Data

Nume și Prenume

Semnătură