**DECLARAȚIE**

Subsemnatul/subsemnata, **{s\_nume} {s\_prenume}**, cu domiciliul în **{s\_localitate}**, **{s\_adresa}**, județ **{s\_judet}**, posesor al CI, seria **{s\_ci\_serie}** nr. **{s\_ci\_numar}**, eliberat de **{s\_ci\_emis\_de}**, la data de **{s\_ci\_emis\_la},** născut/născută la data de **{space}**, în localitatea **{space}**, având CNP **{s\_cnp}**,

Declar pe propria răspundere că la data de **{data\_curenta}** (data semnării prezentei), sunt înscris la Casa de Asigurări de Sănătate a Județului **{space}**.

|  |
| --- |
| Salariat, |
| **{s\_nume} {s\_prenume}** |
| Semnătura {space} |