

DECLARAȚIE
PE PROPRIA RĂSPUNDERE (pentru părinte)

Subsemnatul (a) _____, IDNP _____
cu domiciliul în _____
(localitatea, adresa)

tel. _____, e-mail _____, cunoscând prevederile legii
penale cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că:

- ☐ nu sunt decăzut (ă) din drepturile părintești;
- ☐ nu a fost încetată adopția în privința copilului/copiilor adoptați;
- ☐ copilul/copiii nu se află la întreținerea instituțiilor educative, curative de asistență socială.

Totodată, mă oblig să informez Compania Națională de Asigurări în Medicină despre modificările survenite în raport cu cele declarate supra și actele anexate, care au servit temei pentru acordarea statutului de persoană asigurată, în termen de 15 zile.

Declarația este semnată și prezentată în scopul obținerii statutului de persoană asigurată de Guvern, categoria *părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani.*

(data)

(semnătura solicitantului/
reprezentantului legal sau împuternicit)