## PARTEA B\*

#### DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

#### în vederea reglementării statutului de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate în cazul pensionarilor sistemului public de pensii din România cu domiciliul declarat pe teritoriul altui stat

1. Subsemnatul(a), ................................................., codul numeric personal ....................................., având domiciliul în localitatea ............................, cod ..........., str. .................... nr. ........., bl. ......., sc. ....., et. ....., ap. ..........., judeţul/provincia/departamentul/regiunea ......................., ţara ......................., posesor(posesoare) al(a) actului de identitate (carte de identitate, paşaport etc.) .......... seria ................... nr. ................., eliberat de ............................ la data de ..................., născut(ă) la data de ....................... în localitatea/judeţul/provincia/departamentul/regiunea ............................., fiul (fiica) lui ......................... şi al(a) ..........................,

declar pe propria răspundere, sub sancţiunile prevăzute de Codul penal al României pentru declaraţii neadevărate, că nu am domiciliul pe teritoriul României.

2. Mă oblig a anunţa, în termen de 15 zile calendaristice, casa de asigurări de sănătate competentă din România cu privire la orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, în caz contrar fiind pe deplin responsabil de consecinţele inacţiunii mele.

Am completat şi am citit cu atenţie conţinutul declaraţiei de mai sus, după care am semnat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Data ......................... | Semnătura,................. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Se completează de către titularul drepturilor de pensie cuvenite din sistemul public de pensii din România cu domiciliul declarat într-un stat cu care România nu aplică niciun instrument juridic cu caracter internaţional în domeniul securităţii sociale cu prevederi pentru asigurarea de boală - maternitate.