

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul (ă) ..... având  
CNP..... domiciliat(ă) în  
localitatea.....strada.....nr. ...., bl. ...., sc.  
....., et. ...., apt. ...., județ .....

declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile art.292 Cod Penal cu privire la falsul în  
declarații, că am fost imputernicit de numitul (a) .....  
având CNP..... domiciliat(ă) în  
localitatea.....strada.....nr. ...., bl. ...., sc.  
....., et. ...., apt. ...., sector/județ .....

pentru:

a depunde documentele pentru eliberarea adeverintei de asigurat

a ridica adeverinta de asigurat.

Semnătura

Data