

Catre,  
CASA JUDETEANA ASIGURARI DE SANATATE HUNEDOARA,

Subsemnatul(a).....CNP .....

domiciliat in localitatea....., str....., nr.....

Bloc....., scara....., ap....., judetul Hunedoara, telefon.....

in calitate de beneficiar,

Prin .....in calitate de .....

(sot/sotie, parinte, fiu/fiica, reprezentant legal, imputernicit)

CNP....., telefon....., solicit ingrijiri medicale la

domiciliu conform recomandarii medicale de ingrijiri medicale la domiciliu, anexata.

Declar pe propria raspundere , cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform art 326 Cod penal , ca afectiunea nu a survenit in urma unei boli profesionale, accident de munca sau sportiv.

Data,

Semnatura,  
Solicitant/Imputernicit