

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a) _____, cu codul personal de asigurări sociale _____, domiciliat (a) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, posesor act identitate, seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, născut(a) la data de _____, în localitatea /județul, _____, fiul (fiica) lui _____ și al (a) _____,

Declar pe proprie răspundere următoarele venituri:

_____ lei lunar reprezentând venituri din pensie de stat;

_____ lei lunar reprezentând venituri de natură salarială;

_____ lei lunar reprezentând venituri din pensie acordate de alte case de pensii (avocați, culte neintegrate, etc.);

_____ lei lunar reprezentând venituri de natură salarială sau asimilate acestora din sistemul administrației penitenciare, din domeniul apărării naționale sau din domeniul ordinii publice și siguranței naționale.

Mă angajez că în cazul în care datele comunicate de mine sunt incomplete sau nereale să achit diferența dintre contribuția datorată și contribuția achitată pentru obținerea biletului de tratament.

- Sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal să se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor), inclusiv în ceea ce privește publicarea listei cererilor aprobate.

Data _____

Semnătura,