

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

pentru exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui				Cod de identificare fiscală											
Prenume																			
Strada				Număr				Pașaport / Carte de identitate											
								Seria Nr.											
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector				Banca											
								Cont bancar (IBAN)											
Localitate				Cod poștal															
Telefon				Fax			E-mail												
Țara																			

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire								Cod de identificare fiscală									
Strada								Număr		Bloc		Scară		Etaj		Ap.	
Județ/Sector			Localitate					Cod poștal									
Nr /data act imputernicire			Telefon					E-mail									
			Fax														

III. DATE PRIVIND EXCEPTAREA DE LA PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar pe propria răspundere că dețin o asigurare pentru boală și maternitate în sistemul de securitate socială din alt stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederației Elvețiene și Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord sau în statele cu care România are încheiate acorduri bilaterale de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate, în temeiul legislației interne a statelor respective, care produce efecte pe teritoriul României, și mă încadrez în categoria:

- ☐ cetățeni români cu domiciliul sau reședința în România;
- ☐ cetățeni străini și apatrizi care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România;
- ☐ cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederației Elvețiene și Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, care au solicitat și au obținut dreptul de a sta în România pentru o perioadă de peste 3 luni;
- ☐ persoane din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederației Elvețiene și Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întorc de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână.

Anexez la prezenta următoarele documente justificative eliberate de instituția competentă din statul în care a fost încheiată asigurarea:

.....

care atestă calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în statul de reședință/alt stat

începând cu data de / / până la data de / /

Având în vedere că sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat....., solicit exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru veniturile pentru care se datorează contribuția menționată, potrivit legii, începând cu data de (zi/lună/an).....

Prin prezenta mă oblig să anunț, în termen de 15 zile calendaristice, organul fiscal competent cu privire la orice schimbare care va surveni în cele declarate mai sus.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar că datele din această declarație sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil

Semnătură împuternicit

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data: