**DECLARATIE,**

Subsemnatul, **{{ang\_nume}}**, cetăţean {{ang\_cetatean}}, născut la data de {{ang\_data\_n}} în {{ang\_loc\_n}}, jud. {{ang\_jud\_n}}, {{ang\_tara\_n}}, cu domiciliul în {{loc\_dom}}, str. {{str\_dom}}, nr. {{nr\_dom}}, bl. {{bl\_dom}}, sc. {{sc\_dom}}, ap. {{ap\_dom}}, jud. {{jud\_dom}}, {{tara\_dom}}, identificat cu CNP {{ang\_cnp}}, fiind posesor al {{ang\_tip\_act}} seria {{ang\_serie\_act}} numar {{ang\_nr\_act}} eliberat de {{ang\_act\_elib\_d}}, la data de {{ang\_data\_elib}}, cu valabilitate pana in {{ang\_data\_exp}}, prin prezenta declar pe propria mea răspundere ca sunt înscrisa pe listele medicului de familie……………………..……….…….., care aparţine de Casa de Sănătate a judetului {{jud\_dom}}.

|  |  |
| --- | --- |
| Data: {{data\_incep\_activ}} | Semnatura, |
|  |  |