**DECLARATIE,**

Subsemnatul, **{{ANG\_NUME}}**, cetatean {{ANG\_CETATENIE}}, născut la data de {{ANG\_DATA\_N}} în {{ANG\_LOC\_N}}, jud. {{ANG\_JUD\_N}}, {{ANG\_TARA\_N}}, cu domiciliul în {{ANG\_LOC\_DOM}}, str. {{ANG\_STR\_DOM}}, nr. {{ANG\_NR\_DOM}}, bl. {{ANG\_BL\_DOM}}, sc. {{ANG\_SC\_DOM}}, ap. {{ANG\_AP\_DOM}}, jud. {{ANG\_JUD\_DOM}}, {{ANG\_TARA\_DOM}}, identificat cu CNP {{ANG\_CNP}}, fiind posesor al {{ANG\_ACT\_IDENT}} seria {{ANG\_ACT\_SERIE}} numar {{ANG\_ACT\_NR}} eliberat de {{ANG\_ACT\_ELIB\_DE}}, la data de {{ANG\_ACT\_DATA\_ELIB}}, cu valabilitate pana in {{ANG\_ACT\_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 {{ANG\_JUD\_DOM}}.

DATA,

{{DATA\_INCEP\_ACTIV}}

**Semnatura,**