

Cerere de includere în Programul Infant

Subsemnata _____, CNP _____
CI serie _____ nr. _____, emis de _____, la data de _____.
Domiciliul stabil _____

Reședința (dacă e cazul) _____

Valabilitate de la _____ până la _____

Subsemnatul _____, CNP _____
CI serie _____ nr. _____, eliberat la data de _____.
Domiciliul stabil _____

Reședința (dacă e cazul) _____

Valabilitate de la _____ până la _____

Solicit/solicităm includerea în Programul Infant desfășurat conform Regulamentului pentru implementarea la nivelul municipiului Constanța a Programului Infant privind acordarea de sprijin financiar în vederea efectuării procedurii de fertilizare in vitro, aprobat prin H.C.L. nr.59/2020, cu modificările și completările ulterioare.

☐ Sunt/suntem de acord cu termenii și condițiile regulamentului mai sus menționat.
(se va bifa)

Datele de contact:

Adresa de corespondență: _____

Adresa de email: _____

Telefon: _____

Anexez/anexăm la această cerere următoarele documente:

1. ☐ adeverința de la unitatea sanitară parteneră (formular 1) cu indicația de FIV care atestă că solicitanții sunt eligibili pentru intrarea în Programul Infanz;

2. copii după actele de identitate ale solicitanților care să ateste domiciliul stabil în Constanța;

☐ solicitanta ☐ solicitant

3. declarația de consimțământ (formular 3) privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

☐ solicitanta ☐ solicitant

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals și uz de fals în acte publice, conform prevederilor Codului Penal, declarăm pe proprie răspundere următoarele:

a) documentele și datele transmise conțin informații corecte și complete;

b) nu am mai beneficiat/nu beneficiaz de alt program cu același scop, finanțat din fonduri publice, derulat în anul în curs, la nivel local sau central”.

Verificarea documentelor s-a efectuat la primirea dosarului de către angajatul DGAS

(nume în clar, semnătură)

Semnătura solicitantă

Semnătura solicitant

Data: ____/____/____