ANEXA 1

Cerere de înscriere în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității

Subsemnatul(a), ..., cetățean ....., identificată cu C.I./B.I. seria ..... nr. ....., eliberată de ....., la data de ....., C.N.P. ....., domiciliată în ...../cu reședința ....., telefon ....., e-mail .....,

Subsemnatul(a), ..., cetățean ....., identificat cu C.I./B.I. seria ..... nr. ....., eliberată de ....., la data de ....., C.N.P. ....., domiciliat în ...../cu reședința ....., telefon ....., e-mail .....,
solicit/solicităm includerea în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității.

Menționez/menționăm că îndeplinesc/îndeplinim cumulativ următoarele condiții:
|_| Sunt/suntem domiciliați în România, cel puțin unul dintre membri cuplului;
|_| Sunt/suntem cetățean/cetățeni român/români, cel puțin unul dintre membri cuplului;
|_| Am vârsta cuprinsă între 20 - 45 ani;
|_| Nu am mai beneficiat/nu beneficiez, în cursul acestui an, de alt program cu același scop, finanțat din fonduri publice, la nivel local sau central, derulat de către alte autorități/instituții publice;
|_| Dețin un document din care să rezulte diagnosticul de infertilitate/o afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală, precum și indicația medicală pentru realizarea procedurii de FIV eliberat de un medic cu specialitate în obstetrică-ginecologie și competență în tratamentul infertilității cuplului și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare pentru care optez;
|_| Sunt/suntem asigurată/asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;
|_| Mă angajez că voi efectua procedurile medicale de specialitate într-o unitate sanitară de pe teritoriului României.
Atașez în cadrul platformei, actele doveditoare celor declarate anterior:
|_| Declarație/Declarații pe propria răspundere că nu am beneficiat sau nu beneficiez de un sprijin financiar aferent unui alt program cu același scop, finanțat din fonduri publice, derulat în anul în curs la nivel local sau central, de către alte autorități/instituții publice- Anexa 1a;
|_| Document din care să rezulte diagnosticul de infertilitate/o afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală, precum și indicația medicală pentru realizarea procedurii de FIV eliberat de un medic cu specialitate în obstetrică-ginecologie și competență în tratamentul infertilității cuplului și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare pentru care optez - Anexa 1b;

|_| Acord/Acorduri individual/individuale privind prelucrarea datelor cu caracter personal- Anexa 1c.

|_| Copie/copii conformă/conforme cu originalul a cărții/cărților de identitate (C.I.);

|_| Adeverință/Adeverințe care să ateste calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România;

Menționez că am aplicat/nu am aplicat, în anul în curs, la „Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a femeilor singure infertile, pentru creșterea natalității", derulat de Ministerul Familiei, Tineretului și Egalității de Șanse.

Menționez că optez pentru clinica .....

Semnătură/Semnături*	Data

** În cazul cuplului infertil, căsătorit/necăsătorit, cererea de înscriere va fi semnată de ambii parteneri.*