



CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU COMBATERICA DISCRIMINĂRII

Autoritate de stat autonomă

București, Piața Valter Mărăcineanu nr. 1-3, et. 2, tel/fax. +40-21-3126578, e-mail: support@cncd.org.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 11375

HOTĂRÂREA nr. 220 Din data de 09.04.2014

Dosar nr.: 767/2013

Petiția nr.: 17812/12.11.2013

Potent: NTS

Reclamat: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Obiect: Refuz acces la serviciile de sănătate, pe motiv de naționalitate

I. Numele, domiciliul sau reședința părților

I.1. Numele, domiciliul, reședința sau sediul petentului

I.1.1. NTS,

I.2. Numele, domiciliul, reședința sau sediul reclamatului

I.2.1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate,

II. Obiectul sesizării și descrierea presupusei fapte de discriminare

2.1. Prin memoriul înregistrat la CNCD sub nr. 17812/12.11.2013, petentul solicită Consiliului să constate discriminarea sa, săvârșită de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, care a procedat la eliminarea petentului de pe lista asiguraților, deși acesta era la zi cu plata sumelor datorate bugetului de asigurări de sănătate, pe motiv de naționalitate.

III. Procedura de citare

3.1. În temeiul art. 20, alin.4 din O.G. nr.137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificările și completările ulterioare, republicată, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării a îndeplinit procedura de citare a părților.

3.2. Prin intermediul citației cu nr. 17812/17.12.2013 a fost citat petentul pentru termenul stabilit de Consiliu, la data de 13.01.2014, la sediul CNCD. La termen, petentul nu s-a prezentat.

3.3. Prin adresa nr. 17812/17.12.2013 s-a invocat din oficiu **excepția tardivității**, în conformitate cu art. 22 și art. 23 din Procedura internă de soluționare a petițiilor și **excepția de necompetență materială** a Consiliului, raportată la capătul de cerere privind restabilirea situației anterioare discriminării sau anularea situației create prin discriminare.

3.4. Prin intermediul citației cu nr. 18732/17.12.2013 a fost citată partea reclamată pentru termenul stabilit de Consiliu, la data de 13.01.2014, la sediul CNCD. La termen, partea reclamată nu s-a prezentat.

3.5. Procedura de citare legal îndeplinită.

IV. Susținerea părților

4.1. Susținerea petentului

4.1.1. Prin memoriul său, petentul arată că din luna septembrie 2008 are reședința în România, moment de la care funcționează Persoana Fizică Autorizată NTS. Acesta arată că a încheiat contract de asigurare cu CASMB, a depus la zi toate declarațiile privind contribuția la asigurările sociale de sănătate și a făcut plata tuturor obligațiilor către CASMB, drept pentru care a apărut ca și persoană asigurată pe portalul CNAS **până la data de 30.06.2012**. Însă, la data de **01.07.2012**, petentul susține că a dispărut de pe site în condițiile în care acesta a continuat să își achite obligațiile fiscale aferente asigurărilor de sănătate, chiar dacă nu a mai fost asigurat. Finnd pus în această situație, petiționarul a solicitat în repetate rânduri CNAS și CASMB, în scris, rezolvarea acestei situații și, neprimind nici un răspuns, a acționat în judecată CNAS (dosar nr. 7095/2/2013, pe rolul Curții de Apel București).

4.1.2. Petentul consideră că i se refuză accesul la serviciile de sănătate publică- alegerea medicului de familie, asistență medicală, asigurări de sănătate, servicii de urgență sau alte servicii de sănătate pe motive de naționalitate- pentru faptul că este străin.

Susținerea părții reclamate

4.2.1. Prin memoriul înregistrat la CNCD sub nr. 148/13.01.2014, partea reclamată solicită respingerea sesizării formulate de către petent ca nefondată pentru următoarele considerente:

În conformitate cu prevederile art. 266 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, C.N.A.S. este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, având ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Potrivit prevederilor art. 267 din același act normativ, casele de asigurări sunt instituții publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea C.N.A.S.

Casele de asigurări de sănătate colectează contribuțiile persoanelor fizice, altele decât cele pentru care colectarea veniturilor se face de către A.N.A.F. și gestionează bugetul fondului aprobat, cu respectarea prevederilor legii mai sus menționate, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local, și pot derula și dezvolta și activități pentru valorizarea fondurilor gestionate.

Astfel, partea reclamată învederează faptul că existența unui raport de subordonare a caselor de asigurări de sănătate județene față de aceasta nu presupune și preluarea drepturilor și obligațiilor acestora.

Partea reclamată susține că legitimarea procesuală, în prezenta cauză, nu aparține acesteia, petentul nefacând dovada existenței identității între persoana reclamatului - persoană juridică și persoana obligată în raportul juridic dedus judecății, condiție obligatorie în justificarea calității procesuale pasive.

Mai mult, aceasta arată că petentul, în cuprinsul petiției sale, nu face nici o referire la vreun act administrativ emis de CNAS prin care să îi fie încălcate drepturile invocate, respectiv refuzul accesului la serviciile de sănătate publică, alegerea medicului de familie, asistență medicală, asigurările de sănătate, serviciile de urgență sau alte servicii de sănătate, ci solicită CNAS să comunice baza de date actualizată în ceea ce-l privește către ANAF-DGTI și să se efectueze operațiunile administrative necesare în vederea reînscrierii sale pe lista persoanelor asigurate pe site-ul <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>.

Reclamata face precizarea că atribuțiile acesteia sunt expres prevăzute în Titlul VIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, partea reclamată nu are nici o atribuție directă în colectarea sumelor de bani datorate de asigurați la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și nu intră în relații contractuale cu persoanele fizice care au obligația de plată a contribuției de asigurări de sănătate la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Potrivit dispozițiilor art. 7 litera B) alin. 4) din H.G. nr. 520/2013 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Administrare Fiscală, ANAF organizează și administrează evidența impozitelor, taxelor, contribuțiilor sociale și a altor venituri bugetare, potrivit legii, declarate și plătite de contribuabili.

Totodată, în conformitate cu dispozițiile O.U.G nr. 125/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, începând cu data de 01.07.2012, competența legală privind colectarea și administrarea contribuției de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele care realizează venituri și de persoanele care nu realizează venituri, revine Agenției Naționale de Administrare Fiscală.

În contextul prevederilor legale mai sus menționate, partea reclamată învederează faptul că în speță CNAS nu are legitimitate procesuală pasivă, întrucât:

a) titularul obligației raportului juridic dedus soluționării cauzei este Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, care potrivit art. 292 lit. h) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, are obligația „să raporteze CNAS, la termenele stabilite, datele solicitate privind (...) evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate”.

b) între Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București și petent s-a încheiat un contract de asigurare, prin care s-au stabilit drepturi și obligații pentru ambele părți, prin urmare există un raport juridic de drept civil între petent și casa de asigurări mai sus menționată, și nicidecum între petent și CNAS, care să dea naștere la obligații în sarcina CNAS.

c) începând cu data de 1 iulie 2012, A.N.A.F. se subrogă în drepturile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, având în vedere faptul că ANAF are competența legală privind colectarea și administrarea contribuției de asigurări sociale de sănătate.

Având în vedere faptul că, pentru a putea exercita o acțiune la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, calitatea cerută pentru acest fapt trebuie să corespundă cu calitatea de titular al dreptului ce se discută și să aparțină subiectului activ al dreptului, deoarece petiția are ca obiect constatarea practicilor discriminatorii pe criteriu de naționalitate utilizate de către CNAS și restabilirea situației anterioare discriminării sau anularea situației create prin discriminare, pentru comunicarea bazei de date actualizată în ceea ce-l privește către ANAF-DGTI, și recunoașterea dreptului de reînscrisere a petentului pe lista persoanelor asigurate pe site-ul <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, prin similitudine de raționament trebuie să existe o identitate și între persoana chemată în judecată - reclamatul - și cel care este subiect pasiv în raportul juridic dedus judecății, condiție imperativă care partea reclamată apreciază că nu este îndeplinită în prezenta cauză.

Față de considerentele mai sus invocate, reclamata solicită admiterea excepției lipsei calității procesuale pasive a C.N.A.S.

4.2.2. Partea reclamată arată că, urmare solicitărilor petentului la CNAS de a comunica baza de date actualizată în ceea ce-l privește către ANAF-DGTI și să se efectueze operațiunile administrative necesare în vederea reînscrierii sale pe lista persoanelor asigurate pe site-ul <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, aceasta a efectuat verificări în Sistemul Informatic Unic Integrat și a constatat că petentul are statut de persoană fizică autorizată, categoria de asigurat, liber profesionist, din data de 01.10.2008 până la data de 30.06.2012.

Totodată, CNAS a solicitat informații suplimentare de la Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, cu privire la calitatea de asigurat a petentului, asigurat al acesteia, prin adresa nr. DG 1918/29.10.2013 și prin adresa de revenire din data de 22.11.2013.

Aceasta susține că, din verificările efectuate de către CASMB cu privire la obligațiile petentului la bugetul Fondului național unic de asigurări de sănătate, respectiv veniturile declarate și plățile efectuate de acesta, CASMB a corectat în SIUI obligațiile care nu erau înregistrate, a recalculat

debitele la FNUASS la data de 30.06.2012 și a comunicat petentului rapoartele generate din SIUI la acea dată.

4.2.3. Reclamata precizează faptul că pe rolul Curții de Apel București, Secția a-VIII-a de Contencios Administrativ și Fiscal se află dosarul nr. 7420/2/2013, cu același obiect mai sus menționat, CNAS având calitatea de reclamant, iar termenul de judecată urmează a fi comunicat CNAS de către instanță la o dată ulterioară.

Aceasta mai arată faptul că, pentru rezolvarea litigiului pe cale amiabilă, a transmis domnului NTS atât prin poșta electronică, cât și prin intermediul poștei române, adresa CNAS înregistrată sub nr. CB 11162/16.11.2013, prin care i s-a adus la cunoștință stadiul demersurilor sale cu privire la situația creată, dând dovadă de disponibilitate și sprijin pentru reglementarea aspectelor semnate de acesta, adresa menționată fiind înapoiată de către Oficiul Poștal nr. 22 din București din cauza lipsei destinatarului de la domiciliul procedural.

CNAS susține că a retransmis adresa mai sus menționată prin care s-a precizat faptul că petentul trebuie să depună la Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București și nu la CNAS, documentele justificative care certifică plata contribuției la asigurările sociale de sănătate (chitanțe/ordine de plată), în vederea verificării acestora cu datele existente în SIUI acesteia, transmise de ANAF-CNAS-CASMB și reglementării calității de asigurat a acestuia, în perioada ce face obiectul petiției, întrucât Agenția Națională de Administrare Fiscală nu a transmis în această perioadă informațiile necesare C.N.A.S. sau Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului București.

4.2.4. Aceasta susține că, potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 213 din acest act normativ, nu există nicio derogare de la dispoziția legală potrivit căreia toți cetățenii români cu domiciliul în țară precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România au obligația achitării contribuției de asigurări sociale de sănătate;

- Conform dispozițiilor art. 211 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, sunt asigurați, potrivit prezentei legi, toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției la fond;

- La art. 215 alin. (2) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, se prevede:

(1) Obligația virării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate revine persoanelor juridice sau fizice care au calitatea de angajator, persoanelor juridice ori fizice asimilate angajatorului, precum și persoanelor fizice, după caz.

(3) Persoanele fizice care realizează venituri din activități independente, astfel cum realizează și petentul, venituri din agricultură și silvicultură, venituri din cedarea folosinței bunurilor, din dividende și dobânzi, din drepturi de proprietate intelectuală sau alte venituri care se supun impozitului pe venit sunt obligate să depună la casele de asigurări de sănătate declarații privind obligațiile față de fond.

Astfel, art. 257 alin. (2) din actul normativ mai sus menționat, astfel cum a fost modificat prin Codul fiscal stabilește obligativitatea achitării contribuției persoanei asigurate calculată asupra veniturilor din salarii sau asimilate salariilor care se supun impozitului pe venit, veniturilor impozabile realizate de persoane care desfășoară activități independente, veniturilor din agricultură și silvicultură ce se supun impozitului pe venit, indemnizațiilor de șomaj, veniturilor din cedarea folosinței bunurilor, veniturilor din dividende și dobânzi, veniturilor din drepturi de proprietate intelectuală realizate în mod individual și/sau într-o formă de asociere și altor venituri care se supun impozitului pe venit, veniturilor din pensii.

În acest context, partea reclamată consideră că trebuie menționat faptul că persoanele care obțin venituri din activități independente pe teritoriul României au obligația de a achita contribuția de asigurări de sănătate calculată asupra acestor venituri, pentru a dobândi calitatea de asigurat. Legiuitorul stabilește în sarcina asiguratului obligația acestuia de a face dovada calității de asigurat, obligație prevăzută de Ordinul președintelui CNAS nr. 617/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită

pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 423/191/2013, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, reclamata arată că potrivit art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare: *„Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverința de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de CNAS. După implementarea dispozițiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul național de asigurări sociale de sănătate”*.

În conformitate cu dispozițiile O.U.G nr. 125/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, începând cu data de 01.07.2012, competența legală privind colectarea contribuției revine Agenției Naționale de Administrare Fiscală. Din dispozițiile art. 7 lit. b) alin. 4) din H.G. nr. 520/2013 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Administrare Fiscală rezultă că ANAF *„organizează și administrează evidența impozitelor, taxelor, contribuțiilor sociale și a altor venituri bugetare, potrivit legii, declarate și plătite de contribuabili”*.

Față de dispozițiile legale mai sus menționate și raportat la obiectul petiției, precum și la neîndeplinirea obligației de către petent de a face dovada plății contribuției la CASMB, CNAS susține că a respectat și aplicat toate dispozițiile legale în vigoare pentru stabilirea calității de asigurat a petentului, astfel că nu se pot reține în sarcina părții reclamate încălcarea dispozițiilor Legii nr. 137/2000.

4.2.5. De asemenea, partea reclamată menționează faptul că petentul nu face dovada neacordării serviciilor medicale de către furnizorii de servicii medicale și nedecontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Aceasta susține că simpla afirmație a petentului privind refuzul *„accesului la serviciile de sănătate publică, alegerea medicului de familie, asistență medicală, asigurările de sănătate, serviciile de urgență sau alte servicii de sănătate”* nu echivalează cu faptul că acesta nu ar fi putut beneficia de serviciile medicale menționate și că încalcă dispozițiile art. 2 alin. (1) din O.G. nr. 137/2000.

În susținerea afirmației sale, partea reclamată arată că, potrivit dispozițiilor art. 2 alin. 1) din O.G. nr.137/2000, cu modificările și completările ulterioare, prin discriminare se înțelege orice deosebire, excludere, restricție sau preferință, pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice.

Reclamata a afirmat că sistemul asigurărilor sociale de sănătate, gestionat de către aceasta, reglementează calitatea de asigurat pentru toți cetățenii români cu domiciliul în țară precum și cetățenii străini care au domiciliul în România, cu obligația achitării contribuției de asigurări sociale de sănătate, pentru ca aceștia să poată beneficia de servicii medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări de sănătate.

Aceasta menționează că, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, încadrarea juridică nu se realizează în funcție de cetățenie, ci în funcție de categoria de asigurat, respectiv, persoană fizică autorizată cu categoria de liber profesionist.

4.2.6. CNAS susține că petentul, încadrându-se în categoria persoanelor care plătesc contribuțiile de asigurări de sănătate la Agenția Națională de Administrare Fiscală, trebuia să depună la Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București documentele care certifică plata contribuției la asigurările sociale de sănătate, iar casa de asigurări de sănătate urma să actualizeze aceste date în Sistemul Informatic Unic Integrat, în baza chitanțelor sau a ordinelor de plată cu care face dovada plății contribuției la sănătate, aceasta având obligația de a elibera adeverință din care să reiasă că reclamantul are calitatea de persoană asigurată.

4.2.7. Totodată, partea reclamată susține că diferența de tratament bazată pe o caracteristică legată de criteriile mai sus menționate nu constituie discriminare atunci când, în temeiul naturii activităților ocupaționale sau al contextului în care acestea se desfășoară, o asemenea caracteristică reprezintă o cerință profesională reală și determinantă, cu condiția ca obiectivul să fie legitim și cerința proporțională.

4.2.8. Mai mult, referitor la solicitarea petentului de a fi restabilită situația anterioară discriminării sau anularea situației create prin discriminare, partea reclamată precizează că, urmare a diligențelor depuse de aceasta, petentul se află în continuare pe lista persoanelor asigurate și nu discriminate, pe site-ul CNAS <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>.

4.2.9. Partea reclamată înțelege să invoce excepția lipsei obiectului petiției, formulată de petent ca fiind în mod vădit nefondată, raportat la domeniul de aplicare al prevederilor O.G. nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată cu modificările și completările ulterioare, Ordinul Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării nr. 144/2008 privind aprobarea Procedurii interne de soluționare a petițiilor și sesizărilor, la dispozițiile legale care reglementează calitatea de asigurat în România, instituită prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.

4.2.10. Partea reclamată consideră că faptele prezentate de către petent nu constituie acte de discriminare, întrucât pentru săvârșirea unei fapte de discriminare, aceasta trebuie să îndeplinească condițiile stipulate de art. 2 alin.1-4, ori cele expuse în petitul prezentei cauze nu îndeplinește niciuna dintre condițiile stipulate de art.2 alin.1-4, considerând că, în cadrul Sistemului de asigurări sociale de sănătate, respectiv CNAS și CASMB nu a existat și nu există un tratament diferențiat al asiguraților, întrucât potrivit legii sunt asigurați toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției la fond.

4.2.11. Aceasta își întemeiază punctul de vedere pe dispozițiile art. 38 din Ordinul Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării nr. 144/2008 privind aprobarea Procedurii interne de soluționare a petițiilor și sesizărilor, precum și pe celelalte acte normative la care a făcut referire.

V. Motivele de fapt și de drept

5.1. **În fapt**, Colegiul director reține că petentul este nemulțumit de faptul că acesta consideră că i se refuză accesul la serviciile de sănătate publică- alegerea medicului de familie, asistență medicală, asigurări de sănătate, servicii de urgență sau alte servicii de sănătate pe motive de naționalitate- pentru faptul că este străin și că acesta a luat la cunoștință de faptul că nu mai este persoană asigurată începând din **01.07.2012.**, de când nu mai apărea pe portalul CNAS-ului.

5.2. **În drept**, luând act de , precum și de susținerile părților în cauză, Colegiul urmează a analiza **excepția tardivității** introducerii sesizării la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării.

5.3. Colegiul reține că în plângerea sa, petentul susține că i se refuză accesul la serviciile de sănătate publică- alegerea medicului de familie, asistență medicală, asigurări de sănătate, servicii de urgență sau alte servicii de sănătate pe motive de naționalitate- pentru faptul că este străin și că a aflat că nu mai beneficiază de servicii de sănătate publică încă din 01.07.2012, iar plângerea a fost formulată la CNCD în data de 12.11.2013.

5.4. În raport cu observațiile de fapt în speță, coroborat prevederilor art. 20 alin. 1 din O.G. nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, Colegiul Director reține că „(1) Persoana care se consideră discriminată poate sesiza Consiliul **în termen de un an de la data săvârșirii faptei sau de la data la care putea să ia cunoștință de săvârșirea ei**”.

5.5. Corelativ circumstanțierii faptelor de discriminare rațiune tempore, termenul prevăzut în art. 20 alin.1 este un termen de procedură, reprezentând intervalul de timp înăuntrul căruia trebuie îndeplinit actul de sesizare la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării cu privire la săvârșirea unor fapte sau acte de discriminare. Din interpretarea alin.1 al art. 20, Colegiul Director

reține că legiuitorul a instituit un termen legal, circumscris unui interval determinat de timp, în speță, de un an de zile, care începe să curgă de la data săvârșirii faptei sau de la data la care putea să ia cunoștință petentul de săvârșirea ei, constituind astfel un termen peremptoriu.

5.6. Or, față de aspectele reținute mai sus în raport cu introducerea petiției înregistrate la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, cu nr. 17812 din 12.11.2013, Colegiul Director constata că plângerea, sub aspectul respectivelor susțineri este tardivă. Acest aspect rezultă din însăși raportarea petentului la momentul descoperirii faptului că nu mai este asigurat în data de 01.07.2012.

5.7. Având în vedere motivele expuse și înscrisurile aflate la dosar, Colegiul Director urmează a admite excepția de tardivitate a introducerii plângerii în raport cu faptele care fac obiectul plângerii, invocată din oficiu.

Față de cele de mai sus, în temeiul art. 20. alin.2, din O.G.137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificările și completările ulterioare, **cu unanimitate de voturi** ale membrilor prezenți la ședință

COLEGIUL DIRECTOR HOTĂRĂȘTE:

1. Admite excepția de tardivitate invocată din oficiu, conform art. 20 alin. 1 al **O.G. nr. 137/2000** respectiv art. 21-27 ale **Procedurii interne de soluționare a petițiilor și sesizărilor**;

2. Se va răspunde părților în sensul celor hotărâte;

VI. Modalitatea de plată a amenzii

Nu este cazul

VII. Calea de atac și termenul în care se poate exercita

Prezenta hotărâre poate fi atacată la instanța de contencios administrativ, potrivit **O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea faptelor de discriminare, republicată și Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ.**

Membrii Colegiului director prezenți la ședință

**THEODORA BERTZI – Membru
CAZACU IOANA LIANA – Membru**

JURA CRISTIAN – Membru

LAZĂR MARIA – Membru

PANFILE ANAMARIA – Membru

Notă: prezenta Hotărâre emisă potrivit prevederilor legii și care nu este atacată în termenul legal, potrivit **OG 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor faptelor de discriminare și Legii 554/2004 a contenciosului administrativ**, constituie de drept titlu executoriu