

CERERE PENTRU ACORDAREA DE DISPOZITIVE MEDICALE

Către:

CASA TERITORIALĂ DE PENSII A _____

Subsemnatul(a) _____ cu codul numeric personal
_____ domiciliat(ă) în localitatea
_____ str. _____ nr. _____
bl. ____ sc. ____ et. ____ ap. _____ județul/sect. _____ posesor act
identitate seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data
de _____ născut(ă) la data de _____
în _____ localitatea/județul _____ fiul(fica)
lui _____ și al _____, angajat(ă)/fost
angajat(ă) _____, solicit aprobarea achiziționării unui/ unei _____
în conformitate cu art.23, alin.(2), lit.f) și art.24 din Legea nr.346/2002 privind
asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și
completările ulterioare.

În acest scop depun următoarele acte:

- recomandare medicală nr. _____ din data de _____

Declar, pe proprie răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal pentru
declarații neadevărate, că:

- sunt/nu sunt asigurat(ă)
- primesc/nu primesc din altă sursă, un/o _____

Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, Casa teritorială de pensii, orice schimbare ce
va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu-mi voi respecta declarația asumată, prin prezenta, mă oblig să
restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit, cu atenție, conținutul declarației de mai sus, după care am
semnat.

DATA _____

SEMNĂTURA,