

CERERE
pentru acordarea de dispozitive medicale

CĂTRE

CASA TERITORIALĂ DE PENSII ARGES

Subsemnatul/Subsemnata _____,
având codul numeric personal _____, domiciliat/domiciliată în
localitatea _____, str. _____ nr.
_____ bl. _____, sc. _____, et _____ ap. _____, județul/sectorul _____,
posesor/posesoare al/a actului de identitate seria _____nr. _____, eliberat de
_____ la data de _____, născut/născută la data de _____ în
localitatea/județul _____/_____, fiul/fiica lui
_____și al/a _____, angajat/angajată sau fost/fostă
angajat/angajată la _____, 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 propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că:

- sunt/nu sunt asigurat/asigurată;
- primesc/nu primesc din altă sursă un/o _____.

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restituiesc 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 _____