

## CASA TERITORIALĂ DE PENSII ARGES

Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale

Nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### CERERE PENTRU ELIBERAREA DOCUMENTULUI PORTABIL DA1

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea  
\_\_\_\_\_, str.  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_,  
apartament \_\_\_\_\_, județul/ \_\_\_\_\_ sectorul  
\_\_\_\_\_, posesor/ posesoare  
al/ a actului de identitate seria \_\_\_\_\_, numărul \_\_\_\_\_, eliberat de  
\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, născut/ născută la  
data de \_\_\_\_\_ în localitatea/ județul  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, telefon  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, asigurat în  
sistemul de asigurare la accidente de muncă și boli profesionale din România, prin prezenta  
solicit eliberarea documentului portabil DA1 în conformitate cu prevederile art. 36 din  
Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004  
privind coordonarea sistemelor de securitate socială și art. 33 din Regulamentul (CE) nr.  
987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a  
procedurii de punere în aplicare a Regulamentului nr. 883/2004 privind coordonarea  
sistemelor de securitate socială, pentru \_\_\_\_\_, în statul  
\_\_\_\_\_, adresa \_\_\_\_\_.

Atașez următoarele documente:

- actul de identitate B.I./C.I.;
- adeverința de la angajator, după caz;
- documentul portabil A1, după caz;
- copie de pe documentul care atestă schimbarea numelui, după caz.

Doresc să primesc documentul portabil DA1:

- prin poștă, la următoarea adresă: \_\_\_\_\_;
- personal, la sediul CTP.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_