

## CERERE PENTRU ACORDAREA DE DISPOZITIVE MEDICALE

\_\_\_\_\_

CĂTRE,  
**CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII CARAȘ-SEVERIN**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ cu codul numeric personal \_\_\_\_\_ domiciliat(a) în localitatea \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ jud. / sectorul \_\_\_\_\_ posesor act de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ născut la data de \_\_\_\_\_ în loc. \_\_\_\_\_ jud. \_\_\_\_\_ fiul (fiica) lui \_\_\_\_\_ și al \_\_\_\_\_ angajat(ă) / fost angajat(ă) \_\_\_\_\_, solicit aprobarea achiziționării unei \_\_\_\_\_ în conformitate cu art. 23, alin. (2), lit. f și art. 24 din Legea 342 /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 \_\_\_\_\_
- copie BI /CI
- \_\_\_\_\_

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 Județeană de Pensii Caraș-Severin, 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