

**C E R E R E**  
**pentru acordarea de dispozitive medicale**

Către

**CASA TERITORIALĂ DE PENSII .....**

Subsemnatul/Subsemnata ....., având codul numeric personal ....., domiciliat/domiciliata 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/nascuta la data de ..... în localitatea/județul ....., fiul/fiica lui ..... și al/a ....., angajat/angajata sau fost/fosta angajat/angajata 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 munca 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, ca:

- sunt/nu sunt asigurat/asigurata;
- primesc/nu primesc din alta sursa un/o .....

Ma oblig sa 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 imi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, ma oblig sa restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportand rigorile legii.

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

Data .....

Semnatura .....