

C E R E R E
de participare la curs de recalificare sau reconversie profesională

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, având codul numeric personal, domiciliat/domiciliata în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, posesor/posezoare 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 efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesională, în conformitate cu art. 29 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de munca și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, ca sunt/nu sunt asigurat/asigurata.

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, 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