

CERERE
de participare la curs de recalificare sau reconversie profesională

Către
CASA TERITORIALĂ DE PENSII

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 efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesională, în conformitate cu art. 29 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

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

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, 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