

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 restituie 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 .....