ANEXA 10

 la normele metodologice

 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. ..., judeţul/sectorul ...................., posesor/posesoare al/a actului de identitate seria ....... nr. ............., eliberat de .................... la data de ......................, născut/născută la data de ........................ în localitatea/judeţul ................., fiul/fiica lui ...................... şi al/a ......................., angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la ...................., solicit aprobarea efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesională, în conformitate cu <LLNK 12002 346 10 202 29 30>art. 29 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă şi boli profesionale, cu modificările şi completările ulterioare.

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

 Mă oblig să anunţ, 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 declaraţia asumată prin prezenta, mă oblig să restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

 Am completat şi am citit cu atenţie conţinutul declaraţiei de mai sus, după care am semnat.

 Data .................... Semnătura .................