

CASA TERITORIALĂ DE PENSII ARGEȘ  
 COMPARTIMENTUL ACCIDENTE DE MUNCĂ ȘI BOLI PROFESIONALE

Nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CERERE**

**pentru acordarea de prestații în natură în baza documentului portabil  
 DA1/formularului E123**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,

CNP în statul: \_\_\_\_\_,

CNP în România: \_\_\_\_\_,

adresa în statul: \_\_\_\_\_,

adresa în România: \_\_\_\_\_,

tel: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,

prin prezenta solicit acordarea de prestații în natură, respectiv:

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

pentru accidentul de muncă/boala profesională produs(ă) în țara  
 \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, în conformitate cu prevederile  
 art. 36 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29  
 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și al art. 33 din  
 Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16  
 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului nr.  
 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială în baza:

- prezentei cereri
- documentului DA1/ formularul E123 emis de \_\_\_\_\_ la  
 data de \_\_\_\_\_, pentru perioada \_\_\_\_\_
- documente medicale:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Instituția la care rămân asigurat pentru accidente de muncă și boli profesionale  
 (denumirea și adresa) este: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_