*ANEXA Nr. 9*

*(Anexa nr. 29 la normele metodologice)*

Către: Inspectoratul Teritorial de Muncă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**INFORMARE**

**privind producerea în afara granițelor țării a unui eveniment considerat accident de muncă, conform legislației din statul în care s-a produs și în care a fost implicat lucrătorul unui angajator român**

Vă comunicăm faptul că în data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ instituția \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din statul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a solicitat Casei Județene de Pensii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Casei de Pensii a Municipiului București, în conformitate cu prevederile Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, Regulamentului (CE) nr. 987/2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială/acordurilor internaționale în domeniul securității sociale, certificarea dreptului la prestații în natură pentru domnul/doamna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul în județul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_ ap.\_\_\_\_\_ sectorul \_\_\_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ angajat/ă la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu sediul în județul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ sc. \_\_\_\_ et. \_\_\_\_ ap. \_\_\_\_ sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ca urmare a evenimentului produs la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ considerat accident de muncă, conform legislației din statul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ca urmare a acestui eveniment, domnul/doamna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a suferit următoarele leziuni[[1]](#endnote-1):

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

și a beneficiat de prestații medicale în statul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în data de/în perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prezenta informare este transmisă inspectoratului teritorial de muncă în vederea aplicării prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, cu modificările și completările ulterioare, și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Casa Județeană de Pensii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura/Ștampila \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Documentul medical primit din statul unde s-a produs evenimentul se anexează, după caz [↑](#endnote-ref-1)