

Nr. _____ / _____

AVIZAT ,
Serviciul Intern Prevenire si protecție,

APROBAT,
ORDONATOR DE CREDITE
RECTOR,

AVIZAT ,
Șef structura organizatorică
(Decan, Director, Șef catedra/clinică, Șef Serviciu)

VIZAT CONTROL PREVENTIV,
CONTABIL ȘEF,

CERERE DE DECONTARE
ACHIZIȚIE DISPOZITIV DE CORECȚIE SPECIALĂ

Subsemnatul/a, _____, având funcția de _____, în cadrul _____, solicit decontarea cheltuielilor efectuate pentru achiziționarea unui dispozitiv de corecție specială, conform prevederilor legale.

În susținerea cererii, atașez următoarele documente justificative:

1. recomandarea medicului de medicina muncii;
2. rezultatelor examenului oftalmologic care atestă faptul că pentru desfășurarea activității este necesară folosirea de dispozitive de corecție speciale;
3. factura fiscală - emise pe numele și CNP-ul beneficiarului;
4. dovada plății achiziției: bon fiscal sau extras de cont pentru plățile efectuate prin virament bancar,
5. fișa de analiză- evaluare privind verificarea îndeplinirii condițiilor necesare decontării, maximum 500 lei, a achiziției dispozitivului de corectie specială, (model tipizat, anexa 2)
6. formular decont cheltuieli – completat corespunzator si semnat de catre titular/beneficiar decont. (model tipizat, anexa 3);

Costul total al dispozitivului de corecție specială achiziționat este de _____ lei, conform documentelor justificative anexate.

Solicit decontarea sumei de _____ lei, în conformitate cu suma maximă prevăzută de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 53/2024 privind măsuri referitoare la salarizarea personalului din unele sectoare de activitate bugetară, precum și reglementarea unor aspecte organizatorice și Normele de aplicare a prevederilor art. V alin. (1) și (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 53/2024 privind măsuri referitoare la salarizarea personalului din unele sectoare de activitate bugetară, precum și în conformitate cu regulamentul aprobat în cadrul UMFVBT.

Vă rog să analizați această cerere și să dispuneți aprobarea efectuării decontării în contul meu bancar, comunicat și utilizat pentru viramentul drepturilor salariale sau prin altă modalitate stabilită de UMFVBT.

Data: _____

Semnătura: _____

FIȘA DE ANALIZĂ – EVALUARE PRIVIND VERIFICAREA ÎNDEPLINIRII CONDIȚIILOR NECESARE DECONTĂRII, MAXIMUM 500 LEI, A ACHIZIȚIEI DISPOZITIVULUI DE CORECTIE SPECIALĂ

SALARIAT, Nume si prenume	
Funcția:	
Locul de muncă:	
Tipul de echipament aflat în folosință, prevăzut cu ecran de vizualizare :	
1. Salariatul folosește în mod obișnuit un echipament cu ecran de vizualizare, conform fisei postului:	
☐ DA	☐ NU
2. Durata semnificativă a timpului normal de lucru în care lucrătorul/salariatul folosește în mod obișnuit un echipament cu ecran de vizualizare este: ≥ 4 ore / zi din timpul normal de lucru:	
☐ DA	☐ NU
3. Salariatul a efectuat control medical de medicina muncii la angajare si ulterior periodic:	
☐ DA	☐ NU
4. Analiza postului de lucru, coroborată cu supravegherea medicala de medicina muncii a relevat expunerea salariatului la eventualele riscuri pentru vedere :	
☐ DA	☐ NU
5. Salariatul a efectuat un examen al ochilor și al vederii, un screening vizual, cu ocazia controlului medical la angajare, periodic și ori de câte ori apar probleme vizuale care ar putea fi puse în legătură cu activitatea care implică un echipament cu ecran de vizualizare, în urma căruia a efectuat un examen oftalmologic specializat:	
☐ DA	☐ NU
6. Salariatul se află în posesia unei recomandări emise de medicului de medicina muncii și a unui rezultat al examenului oftalmologic potrivit caruia se recomandă utilizare pentru prima oară a unui dispozitiv de corecție special și/sau necesitatea modificării dioptriei lentilelor dispozitivului de corecție specială, după caz a schimbării ramelor sau a lentilelor, dar nu mai devreme de un an de la data decontării anterioare.	
☐ DA	☐ NU
7. Salariatul a mai beneficiat înainte cu 1 an de decontarea altui dispozitiv de corecție specială :	
☐ DA	☐ NU
8. Cererea de decontare este întocmită corect și este însoțită de toate documentele justificative conform regulamentului de decontare aprobat la nivel de UMFVBT :	
☐ DA	☐ NU

Urmare a verificării criteriilor de mai sus, se propune:

☐ Aprobarea cererii / ☐ Respingerea cererii / ☐ Restituirea în vederea completării documentelor justificative

Întocmit și Avizat:	
Serviciul Intern Prevenire și protecție,	Șef structura organizatorică
Nume și prenume:	(Decan, Director, Șef catedra/clinică, Șef Serviciu)
.....	Nume și prenume
(semnatura)	(semnatura)



Piața Eftimie Murgu nr.1-2
Timișoara, Cod poștal 300041
Cod Unic de înregistrare: 4269215
Tel/Fax: 0040-(0)256-204.271

Anexa 3

Nr. înregistrare/data/Compartiment			
Data depunerii decontului			
Nume, prenume			
Referat acordare avans de trezorerie			
Număr	☐	Data	☐
Ordin de deplasare	Aprobat Director		
Număr			
Pentru deplasări			
Data / ora plecării	☐		
Data / ora sosirii	☐		
Nr. zile pentru acordare diurnă			
Nr. nopți de cazare			
Valoarea diurnă acordată/zi (cf CCM, legi)			

DECONT DE CHELTUIELI : Intern / Extern

Nr. crt	Felul cheltuielii / plății	Tip document	Număr și data document	Suma
1				
Total cheltuieli efectuate conform documentelor atașate				
Total avans acordat casierie				
Total avans acordat pe card				
Total avans acordat				
Penalități de întârziere calculate la data depunerii decontului (0.5 %/zi)	Nr. zile de întârziere la depunerea decontului			
	Procent de penalitate / zi de întârziere (%)			
	Total penalitate calculată			
Diferență totală de			primit	
			restituit	

Diferență totală de restituit s-a depus cu chitanța nr. _____

Aprobat Șef Compartiment	Serv. Financiar	Contabil șef CFPP	Titular avans/decont cheltuieli (nume si prenume / semnatura)
--------------------------	-----------------	-------------------	---