

CĂTRE,
SERVICIUL EVIDENȚĂ CONTRIBUABILI

Subsemnatul/a _____
legitimat(a) cu B.I. / C.I. seria _____, nr _____, domiciliat / (a) în localitatea
_____, str.
_____, nr. _____, bl. _____, sc.
_____, ap. _____, județ _____ telefon
_____, având C.N.P. _____, solicit eliberarea unei

ADEVERINȚE PRIVIND DATELE NECESARE DETERMINĂRII STAGIULUI DE COTIZARE
ÎNCEPÂND CU 01.04.2001 conform legislației în vigoare.

Declar ca actul mai sus menționat îmi este necesar la:

- Verificare / informare
- Banca
- Obținerea indemnizației pentru creșterea copilului
- Obținerea stimulentului de inserție
- Obținerea formularului **A1 (fost E 101)**
- Angajare
- Angajator
- Casa de sanatate
- Tribunal
- Case sectoriale de pensii (*M.A.I., M.Ap.N., S.R.I*)
- Casa Județeană de Pensii _____
- Alte motive _____

Anexez la prezenta:

- copie act de identitate

DATA _____

SEMNĂTURA _____

- Doresc ca adeverința să-mi fie trimisă prin poștă la adresa din **C.I. (cartea de identitate)**,
sau
 - Doresc ca adeverința să-mi fie trimisă la adresa de poșta electronică personală
- _____