

Nr. _____ din _____

Către

CASA TERITORIALĂ/SECTORIALĂ DE PENSII _____

Subsemnatul(a) _____ cu codul numeric personal _____ domiciliat(a) în localitatea _____ str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ județul _____ posesor act identitate seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data de _____ născut(a) la data de _____ în localitatea/județul _____ fiul(fiica) lui _____ și al _____ solicit înscrierea la pensie de invaliditate.

În acest scop depun următoarele acte:

- Carnet de muncă seria _____ nr. _____, în original și copie;
- Carnet de asigurări sociale seria _____ nr. _____, în original și copie;
- Livret militar seria _____ nr. _____, în copie;
- Buletin/carte de identitate seria _____ nr. _____, în copie;
- Certificat de naștere și/sau certificate de casatorie, seria _____ nr. _____, în copie;
- Diploma de studii și foaia matricolă, în copii, sau adeverința de certificare a perioadelor de studii învățământ superior nr. _____ din _____;
- Adeverința privind sporurile la salariu _____;
- Adeverința privind grupa superioară/condiții de muncă _____;
- Alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate _____;
- Adeverința din care să reiasă data încetării plății indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, sau, după caz, data încetării calității de asigurat _____;
- Decizia medicală asupra capacității de muncă;
- FIAM/BP2 pentru accident de muncă/boală profesională nr. _____ din _____, în copie.

Declar pe proprie răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal pentru declarații false, ca:

- sunt/nu sunt asigurat(a);
- primesc/nu primesc o alta pensie sau ajutor social dosar nr. _____;
- primesc/nu primesc pensie din alt sistem de pensii integrat sistemului public de pensii dosar nr. _____;
- primesc/nu primesc pensie din alt sistem de pensii neintegrat sistemului public de pensii dosar nr. _____;
- primesc/nu primesc indemnizație dosar nr. _____;
- primesc/nu primesc indemnizație de șomaj;
- primesc/nu primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap.

Ma oblig a anunța, în termen de 15 zile, la casa teritorială/sectorială de pensii, orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu-mi voi respecta declarația asumată prin prezenta, ma oblig să restituiesc integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

DATA _____

SEMNĂTURA,