

CĂTRE

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII ARGHEȘ

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:

- Carnet de muncă seria _____, nr. _____, *in original și copie*;
- Carnet de asigurări sociale seria _____, nr. _____, *in original și copie*
- Livret militar seria _____, nr. _____, *in copie*;
- Buletin/carte de identitate seria _____, nr. _____, *in copie*;
- Certificat de naștere și/ sau certificat de căsătorie seria _____, nr. _____, *in copie*;
- Diploma de studii și foaia matricolă, in copii, sau adeverința de certificare a
perioadelor de studii învățământ superior nr. _____ din _____;
- Adeverința privind sporurile la salariu _____;
- Adeverința privind grupa superioara/condiții de munca _____;
- Alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor
realizate _____;
- Adeverinta din care sa reiasa data încetării plății indemnizației pentru incapacitate
temporară de munca, 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.

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

În cazul în care nu-mi voi respecta declarația asumată prin prezenta, mă oblig să restituie integral sumele încasate nelegal, suportand rigorile legii.

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

DATA

SEMNATURA
