

C E R E R E

pentru acordarea **pensiei de invaliditate**

Către,

Casa Județeană Pensii _____

Subsemnatul(a) _____ având codul numeric personal (CNP)

domiciliat(ă) în str. _____ nr. _____,
 bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, loc. _____, jud. _____,
 tel. _____, email _____, cu BI/CI seria _____ nr. _____,
 eliberat(ă) de _____, la data de _____, născut(ă) la data de _____, în
 loc./jud. _____, fiul (fiica) lui _____ și al (a) _____, solicit

înscrierea la **pensie de invaliditate**.

În acest scop depun următoarele documente:

- carnetul 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 identitate seria _____ nr. _____, în copie;
- certificat naștere seria _____ nr. _____, în copie;
- certificat de căsătorie seria _____ nr. _____, în copie;
- diploma de studii și foaia matricolă, în copii, sau adeverință de certificare a perioadelor de studii învățământ superior nr. _____ din _____;
- adeverință privind sporurile la salariu _____;
- adeverință privind grupa superioară/condiții de muncă _____;
- alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate _____;
- adeverință 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, că:

	DA	NU
▪ sunt asigurat (ă)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ primesc o altă pensie sau ajutor social dosar nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ primesc o altă pensie din alt sistem de pensii, integrat sistemului public de pensii – dosar nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ primesc o altă pensie din alt sistem de pensii, neintegrat sistemului public de pensii – dosar nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ primesc indemnizație – dosar nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ primesc indemnizație de șomaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mă oblig **să anunț Casa Județeană de Pensii** _____, în termen de 15 zile, orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui 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,**
