

CERERE
pentru acordarea pensiei de invaliditate

Către,
Casa Județeană/Sector.. de Pensii

Subsemnatul(a) _____, având codul numeric personal _____
domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____
sc. _____, et. _____, ap. _____, județul, posesor/posesoare al(a) actului de identitate seria nr., eliberat
de _____ la data de _____, născut(ă) la data de _____ în localitatea/jud. _____/_____
fiul (fiica) lui și al(a), 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 căsătorie seria nr., în copie;
- diploma de studii și foaia matricolă, în copii, sau adeverința 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:

- sunt/nu sunt asigurat(a);
- primesc/nu primesc o altă 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, casei teritoriale/sectoriale de pensii 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.

POT FI CONTACTAT LA TEL NR _____

Declar că am fost informat(ă) cu privire la prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și îmi dau consimțământul pentru prelucrarea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul Casei de Pensii precum și transmiterea și stocarea acestor date în relația cu alte instituții publice și instituții abilitate.

Data _____

Semnatura _____