

CERERE
pentru acordarea pensiei de invaliditate

Către
Casa Teritorială de Pensii Olt

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/județul, fiul (fiica) lui și al (a), nr. telefon, adresă de e-mail, solicit înscrierea la pensie de invaliditate.

În acest scop depun, după caz, următoarele documente:

- carnet de muncă seria nr., în original și copie;
- carnetul de pensii și asigurări sociale pentru membrii CAP (original și copie);
- carnetul de pensii și asigurări sociale pentru țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate (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 însoțită de foaia matricolă sau adeverința de certificare a perioadelor de studii învățământ superior nr. din, copie/original, după caz;
- adeverință privind sporurile la salariu nr. din, în original;
- adeverință privind grupa superioară/condiții de muncă nr. din, în original;
- alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate, în original;
- adeverință din care să reiasă data încetării plății indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă sau, după caz, data încetării calității de asigurat, în original;
- decizia medicală asupra capacității de muncă nr. din, în original;

- FIAM pentru accident de muncă nr. din, în copie;
- BP2 pentru boală profesională nr. din, în copie;
- adeverință eliberată de angajatorul/angajatorii la care își desfășoară activitatea, cu datele de identificare ale acestuia/acestora, în vederea informării cu privire la emiterea deciziei de pensie, conform art. 93 **alin. (7)** din lege, nr. din (original).

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de **Codul penal** pentru declarații false, că:

- sunt/nu sunt asigurat(ă);
- 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.

Declar că îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor, în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor 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).

Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, casei teritoriale 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 restituiesc integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.

Data	Semnătura
---------------	--------------------