

Cerere pentru acordare

PENSIE DE INVALIDITATE

Nr. _____

Data _____

DOMNUL PRESEDINTE,

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

În acest scop depun următoarele acte:

1. Acte identitate / stare civilă:

- Copie după actul de identitate, conformat cu originalul de către filială;
- Copie acte stare civilă¹, conformat cu originalul de către filială;
- Copie certificat naștere, conformat cu originalul de către filială;

2. Acte pentru perioade asimilate stagiului:¹

- Adeverință privind perioadele asimilate luate în calcul în sistemul public, eliberată de casa de pensii din sistemul public
-
-

3. Dovada de cotizare în alte sisteme¹:

- Carnet de muncă seria _____ nr. _____ original și copie sau adeverința nr. _____ pentru perioadele de cotizare în alte sisteme, după caz;
-
-

4. Alte acte:

- Livret militar seria _____ nr. _____ original și copie, dacă este cazul;
- Adeverință (original) certificare perioadă de studii învățământ superior nr. _____ din _____, din care să rezulte durata normală și perioada studiilor, forma de învățământ (cursuri zi / fără frecvență) precum și certificarea absolvirii acestora, original;
- Dovada încetării plății indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă și cuantumul acesteia
- Decizia de încadrare în grad de invaliditate, emisă de medicul expert al asigurărilor sociale – original
- Decizie suspendare din activitate emisă de Consiliul baroului
- Adeverință privind perioadele valorificate în sisteme de pensii obligatorii, eliberată de casa de pensii - original.

Declar pe proprie răspundere sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal referitoare la falsul în înscrisuri oficiale că:

(se completează toate căsuțele cu **DA / NU**)

- sunt asigurat(ă)
- primesc o altă pensie sau ajutor social
- primesc indemnizație
- primesc indemnizație de șomaj, alocația de sprijin
- primesc indemnizație de handicapat
- primesc indemnizație DL 118/1990
- primesc indemnizație L. 189/2000

Optez pentru următoarele perioade asimilate:

- cursuri de zi ale învățământului universitar
- serviciul militar

Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, Casa de Asigurări a Avocaților 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 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,

DOMNULUI PRESEDINTE AL FILIALEI _____
A CASEI DE ASIGURARI A AVOCATILOR DIN ROMANIA

¹ Dacă este cazul.