

PENSIEI PENTRU LIMITĂ DE VÂRSTĂ**DOMNULE PREȘEDINTE,**

Subsemnatul(a) _____, având CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____ nr. ____, bl. ____, sc. __ et. __, ap. _____ județul(sector) _____, telefon: _____, e-mail: _____ 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) _____ solicit înscrierea la

pensie pentru limită de vârstă

Începând cu data de

În acest scop depun următoarele:

- Adeverință emisă de Barou, privind vechimea în profesia de avocat.
- Carnet de muncă seria ___ nr. _____ original și copie**
- Copie* de pe decizia de pensionare din alte sisteme de pensii neintegrate.**
- Adeverință, privind perioadele de stagiu de cotizare valorificate în alte sisteme de pensii.**
- Livret militar seria _____ nr. _____ original și copie**
- Adeverință certificare perioadă de studii juridice (curs de zi) învățământ superior nr. ____ / ____ emisă de _____, din care să rezulte durata normală și perioada studiilor, precum și certificarea absolvirii acestora.
- Copie* diplomă de studii și foaia matricolă.
- Adeverință privind perioadele asimilate (*facultatea curs de zi, stagiul militar*) luate în calcul în alte sisteme de pensii neintegrate.**
- Copie* după actul de identitate (B.I /C.I.)
- Copie* acte stare civilă: certificat de naștere seria____nr.____/ certificat de căsătorie seria____nr.____ **

Declar pe proprie răspundere sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal pentru declarații false, că:(se completează toate căsuțele cu **DA / NU**)

- sunt asigurat(ă) în sistemul de asigurări sociale ale avocaților, unde asigurarea este obligatorie conform prevederilor legale.
- primesc o altă pensie sau ajutor social din alte sisteme de pensii neintegrate
- primesc indemnizații prevăzute de legi speciale.
- primesc indemnizație de șomaj,
- primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap
- sunt asigurat(ă) în alte sisteme de asigurări sociale
- am optat pt.valorificarea stagiului asimilat(*facultatea/armata*) în alt sistem de pensii

Optez pentru următoarele perioade asimilate:

- cursuri de zi ale învățământului universitar juridic
- serviciul militar

Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, Casa de Asigurări a Avocaților pentru orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus. În cazul în care nu-mi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restituie integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.

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

Semnătura,

DATA _____

DOMNULUI PREȘEDINTE AL FILIALEI _____ A CASEI DE ASIGURĂRI A AVOCAȚILOR

- *copia xerox de pe documente, se conformează cu originalul, de către Filiala CAA care înregistrează cererea de pensionare.
- ** când este cazul.