

CERERE  
pentru acordarea pensiei de invaliditate

Către Casa Județeană de Pensii Mures

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, având codul numeric personal \_\_\_\_\_  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_  
sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Mures, posesor/posesoare al(a) actului de identitate seria ..... nr. ...., elibera  
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(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.

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 restituiesc 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  
Județene de Pensii Mureș, precum și transmiterea și stocarea acestor date în relația cu alte instituții publice și instituții abilitate.*

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_