

**CERERE**  
**pentru acordarea pensiei de invaliditate**

**Către Casa de Pensii Sectorială**  
**a Serviciului Român de Informații**

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) \_\_\_\_\_, **solicit înscrierea la pensie de invaliditate.**

Pentru determinarea bazei de calcul ce va fi folosită pentru stabilirea pensiei militare potrivit Legii nr. 223/2015, cu modificările și completările ulterioare, aleg următoarea perioadă de 6 luni consecutive, de la (lună/an) \_\_\_\_\_ până la (lună/an) \_\_\_\_\_, în condițiile art. XVI alin. (5) din Legea nr. 282/2023 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul pensiilor de serviciu și a Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările ulterioare.

Pentru determinarea bazei de calcul folosite pentru stabilirea pensiei militare potrivit Legii nr. 223/2015, cu modificările și completările ulterioare, aleg următoarea perioadă de \_\_\_\_\_ luni consecutive, de la (lună/an) \_\_\_\_\_ până la (lună/an) \_\_\_\_\_.

În acest scop, depun următoarele:

- carnet de muncă seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în original;
- carnet de asigurări sociale seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în original;
- livret militar seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în copie certificată;
- buletin/carte de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în copie certificată;
- certificat de naștere seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ și/sau certificat de căsătorie

seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în copie certificată;

- diploma de studii și foaia matricolă, în copii certificate, sau adeverință de certificare a perioadelor de studii învățământ superior nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_;
- adeverință privind grupa superioară/condițiile de muncă nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_, în original;
- alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_, în original;
- decizia medicală asupra capacității de muncă, în 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.

Mă oblig să anunț casa de pensii sectorială, în termen de 15 zile de la data apariției oricărei schimbări în situația proprie, de natură să conducă la modificarea condițiilor în funcție de care îmi este stabilită sau mi se plătește pensia.

În cazul în care nu îmi voi respecta obligațiile asumate 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.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

*Date contact:*

*Telefon:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_