Anexă

la Regulamentul privind modul de plată a pensiilor stabilite

în sistemul public de pensii și alocațiilor sociale de stat

**CERTIFICAT DE VIAŢĂ**

Formularul trebuie completat cu majuscule, folosindu-se numai liniile punctate.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **INSTITUŢIA DESTINATARĂ** |
| 1.1. | Denumirea instituției: CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE A REPUBLICII MOLDOVA |
| 1.2. | Adresă: MD-2028, MUN. CHIŞINĂU, STR. GHEORGHE TUDOR, NR. 3 |

**Partea A se completează de către beneficiar în fața persoanei autorizate, în baza actelor care confirmă datele.**

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | **DATE DESPRE BENEFICIAR** |
| 2.1. | Numele și prenumele …………..………………………………………………………………………................................ |
| 2.2. | Numele și prenumele purtate anterior………………………………..…………………………………................... |
| 2.3. | Numărul dosarului de pensionare ……………………………..............................................……………….............. |
| 2.4. | Codul personal de asigurări sociale în Republica Moldova …………………………………………… |
| 2.5. | Cetățenia ..………………………………………………………………………………………………………………............ |
| 2.6. | Data nașterii ….……….……………………………………………………………………………………………….............. |
| 2.7. | Locul nașterii  ….………………………..………………………………………………………………………………......... |
| 2.8. | Țara …….………..…………………………………………………………………………………………………………............ |
| 2.9. | Adresa de domiciliu……………………………………………………………………………………………………......... |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | **DECLAR FAPTUL CĂ DATELE DE MAI SUS SÎNT REALE ȘI CORECTE** |
| 3.1.  3.2.  3.3.  3.4. | Mă oblig să anunț Casa Națională de Asigurări Sociale cu privire la orice schimbare  ce va surveni referitor la cele declarate mai sus.  În cazul în care nu voi respecta cele asumate prin prezenta declarație, sînt pe deplin  responsabil de consecințele inacțiunii mele.  Confirm acordul privind prelucrarea de către Casa Națională de Asigurări Sociale a  datelor cu caracter personal care sînt oferite de către mine mai sus.  Am completat în fața persoanei autorizate și am citit cu atenție conținutul declarației  de mai sus, după care am semnat. |

|  |
| --- |
| **DATA, SEMNĂTURA BENEFICIARULUI, APLICATĂ ÎN FAŢA PERSOANEI AUTORIZATE** |
| ……………………….…………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Partea B se completează de către autoritatea în fața căreia se prezintă beneficiarul ale cărui date personale sînt înscrise în partea A.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. | **DECLARĂM CĂ DOCUMENTUL A FOST SEMNAT PERSONAL DE CĂTRE BENEFICIARUL ALE CĂRUI DATE PERSONALE SÎNT MENȚIONATE ÎN PARTEA A** | | |
| 4.1. | Denumirea instituției ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 4.2. | Adresa…………………………………………….………………………………………………..……………………………… | | |
|  | ……………………….………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 4.3. | Telefon………..…………………………………………… Fax:……………………………………..  E-mail: …………………………… | | |
| 4.4. | Ștampila | 4.5. | Data …………………..………………………………..………….  Funcția…………………………..……………………………. |
|  |  | 4.6. | Semnătură ………………………………….………….…… |