

CASA DE PENSII A MUNICIPIULUI BUCURESTI

Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă N' , SECTOR , MUNICIPIUL BUCURESTI

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul(a) ..... , CNP .....

domiciliat(ă) în localitatea ..... str. ....

nr. .... bl. .... sc. .... ap. .... județul/sectorul .....

declar că nu am solicitat și prin cerere și nu beneficiaz de:

- \* PENSIE DE URMAȘ
- \* PENSIE DE INVALIDITATE
- \* PENSIE ANTICIPATĂ PARȚIAL
- \* PENSIE ANTICIPATĂ
- \* PENSIE PENTRU LIMITĂ DE VÂRSTĂ

Data

Semnătura