

CERTIFICAT DE VIAȚĂ

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

1.	INSTITUȚIA DESTINATARĂ
1.1.	Denumirea instituției: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE A REPUBLICII MOLDOVA
1.2.	Adresă: MD-2028, MUN. CHIȘINĂU, 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	Mă oblig să anunț Casa Națională de Asigurări Sociale cu privire la orice schimbare ce va surveni referitor la cele declarate mai sus.
3.2	În cazul în care nu voi respecta cele asumate prin prezenta declarație, sînt pe deplin responsabil de consecințele inacțiunii mele.
3.3	Confirm acordul privind prelucrarea de către Casa Națională de Asigurări Sociale a datelor cu caracter personal care sînt oferite de către mine mai sus.
3.4	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 FAȚA 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.....