**Nr. C_____/D_____ / _____**

**CĂTRE**

**CASA JUDEŢEANĂ DE PENSII ARAD**
Serviciul Evidenţă Contribuabili

Subsemnatul(a) _____, legitimat cu C.I. seria _____ nr. _____, având cod numeric personal (**CNP**) /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, domiciliat(ă) în judeţul _____, localitatea _____ str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. ____ , solicit eliberarea adeverinţei privind datele necesare determinării stagiului de cotizare.

Adeverinţa îmi este necesară pentru: **(<u>se va bifa doar o căsuţă</u>)**

☐ angajare

☐ concediu medical

☐ şomaj

☐ bilet tratament

☐ verificarea în interes personal a perioadei lucrate începând cu 1 aprilie 2001

☐ indemnizaţie / stimulent creştere copil (**data naşterii copilului** zz____ /ll____ /an_____)

- ***am luat la cunoştinţă că adeverinţa în care nu apare luna în care s-a născut copilul nu este valabilă la întocmirea dosarului pentru obţinerea indemnizaţiei.***

☐ ***Solicit ca adeverința să îmi fie trimisă cu poșta la adresa din actul de identitate.***

☐ ***Voi ridica personal adeverința, nr. telefon _____***

☐ **Sunt de acord** ☐ **Nu sunt de acord**

**ca prelucrarea datelor cu caracter personal să se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 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 (Regulamentul general privind protecția datelor).**

**În acest scop depun următoarele acte:**
**- act de identitate (xerox)**

**Data** zz_____ /ll_____ /an _____ **SEMNĂTURA**