Anexa 5

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII PUBLICE

CASA TERITORIALĂ DE PENSII A JUDEȚULUI BOTOŞANI

SOLICITARE

de încetare a declarației individuale de asigurare

Nr. _____ din ziua ____ luna ____ anul _____

Subsemnatul _____

Codul numeric personal _____

Actul de identitate Seria ____ nr. _____

domiciliat(ă) în localitatea _____

strada _____

nr. _____ bloc ____ scara ____ et. ____ ap. ____ Oficiul postal ____

județul _____

sectorul : _____

telefon _____

Asigurat cu Declarația de asigurare nr. _____ din ziua ____ luna ____ anul _____

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declararea necorespunzătoare a adevărului, că, începând cu data de:

zi ____ luna ____ anul _____, nu mă mai încadrez în categoriile de persoane care au obligația legală de a depune declarația individuală de asigurare.

În consecință, solicit încetarea declarației mele individuale de asigurare.

Dovada neîncadrării în aceste categorii o fac cu următoarele documente*):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____ Semnătură asigurat,

*) Exemple de documente justificative:

- radiere din Registrul Oficiului Comerțului;
- contract de administrare sau management expirat;
- expirarea autorizației de desfăşurare a unei activități independente;
- acte emise de organele fiscale competente;
- documente contabile prevăzute în legislația în materie;