Nr._____din _____

C E R E R E

de reordonanțare a drepturilor de asigurări sociale neîncasate

Se aprobă, Viza CFP,

_____ _____

Către,

Casa Județeană de Pensii _____

Subsemnatul(a) _____ având codul numeric personal (CNP) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ domiciliat(ă) în str._____ nr.____, bl.____, sc.___, et.____, ap.____, loc. _____, jud. _____, tel._____, email_____, cu BI/CI seria _____ nr. _____, eliberat(ă) de_____, la data de _____ pensionar(ă) cu dosarul de pensie/indemnizație nr._____, vă rog să-mi aprobați **reordonanțarea** drepturilor neîncasate pentru perioada _____.

Alăturat anexez:

- copia cuponului de pensie;
- copia actului de identitate.

Menționez că nu am ridicat drepturile deoarece:

☐ nu am fost la domiciliu
☐ cont bancar închis
☐ alte cauze _____

Data, **Semnătura,**

_____ _____

- - - -