**Anexa nr. 10 a la Acordul de Implementare**

**Annex No 10 a to the Implementing Agreement**

**CERTIFICAT DE VIAȚĂ/ LIFE CERTIFICATE**

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE A REPUBLICII MOLDOVA/**

**NATIONAL OFFICE OF SOCIAL INSURANCE OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA**

Acord între Republica Moldova și Republica Letonia în domeniul securității sociale / Agreement between the Republic of Moldova and the Republic of Latvia on Social Security

Formularul trebuie completat cu majuscule, numai pe liniile punctuate/ This form must be filled in using capital letters, only above marked lines.

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **INSTITUŢIA DESTINATARĂ/ RECEIVING INSTITUTION** |
| **1.1** | Denumirea instituţiei/ Name of the Institution …………………………………………………………………………………….. |
| **1.2** | Țara/ Country ………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **DATE DESPRE BENEFICIAR/ INFORMATION ON BENEFICIARY** |
| **2.1** | Nume și prenume/ Name and surname………………………………………………………………………................................ |
| **2.2** | Nume și prenume purtate anterior/ Previous name and surname ………………..…………………………………………….. |
| **2.3** | Numărul personal de identificare/ Personal identification number ……………………………………………………………….. |
| **2.4** | Data nașterii/ Date of birth ………………………………………………………………………………………………………. |
| **2.5** | Adresa actuală/ Current address………………………………………………………………………………………………… |

Certific faptul că datele de mai sus sunt reale şi corecte. În cazul în care nu voi respecta cele asumate prin prezenta declaraţie, sunt pe deplin responsabil de consecinţele inacţiunii mele/ I confirm that the above mentioned information is real and correct. In case of not respecting those assumed in the current statement, I become fully responsible of the consequences of my misaction

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **DATA ȘI SEMNĂTURA BENEFICIARULUI APLICATĂ ÎN FAŢA PERSOANEI AUTORIZATE/ DATE AND SIGNATURE OF BENEFICIARY IN FRONT OF AUTHORIZED PERSON** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **DECLARĂM CĂ DOCUMENTUL A FOST SEMNAT PERSONAL DE BENEFICIAR/ WE DECLARE THAT THE DOCUMENT HAS BEEN PERSONALLY SIGNED BY THE BENEFICIARY** | | |
| **4.1** | Denumirea instituţiei/ Name of the institution |  |  |
|  | …………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **4.2** | Adresa/ Address ……………………………….………………………………………………..…………………………… | | |
|  | ……………………….…………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **4.3** | Telefon/ Phone ……………………………………………. Fax: …………………………………………………….. | | |
| **4.4** | Ștampila/ Stamp | **4.5** | Data/ Date …………………..………………………………..…… |
|  |  |  | Funcția/ Function …………………………..……………………………. |
|  |  | **4.6** | Semnătura/ Signature ………………………………….………….………….… |
|  |  |  |  |