Приложение № 12
к Административному регламенту предоставления Пенсионным фондом Российской Федерации государственной услуги по выплате страховых пенсий, накопительной пенсии и пенсий по государственному пенсионному обеспечению, утвержденному приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 1 ноября 2016 г. № 600н

Форма

_____

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
О ФАКТЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ (ПРЕКРАЩЕНИЯ) РАБОТЫ И (ИЛИ) ИНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

страховой номер индивидуального лицевого счета _____,

территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющий выплату пенсии, _____,

номер телефона _____

Наименование документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Дата рождения			
Место рождения			

2. Сообщаю, что работу и (или) иную деятельность *(сделать отметку в соответствующем квадрате)*:

☐ осуществляю с _____, ☐ прекратил(а) с _____.

3. К заявлению прилагаю документы:

№ п/п	Наименование документа

4. Прошу направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации настоящего заявления, на адрес электронной почты _____.
(адрес электронной почты гражданина)

5. Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

Дата заполнения заявления	Подпись гражданина	Инициалы, фамилия