

(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			
Срок действия документа (при наличии)			
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 (сделать отметки в соответствующих квадратах при наличии такого выбора гражданина):

а)  направить уведомление, подтверждающее факт и дату приема территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации настоящего заявления и представленных мною документов, на адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть))

б)  осуществлять информирование о ходе предоставления государственной услуги путем передачи текстовых сообщений (сделать отметку в соответствующем квадрате, указать *нужное*):

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_,  
(адрес электронной почты гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть))

на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи

*(абонентский номер гражданина (его представителя) (нужное подчеркнуть))*

5. Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

Дата заполнения заявления	Подпись гражданина	Инициалы, фамилия

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Принял	
		Подпись специалиста МФЦ	Расшифровка подписи