

Casa teritorială de pensii
 Cabinetul de expertiza medicală
 a capacității de muncă _____

Nr. _____ / _____

CERERE

pentru expertiza medicală a capacității de muncă

Subsemnatul (a) _____,
 CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea
 _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc.
 _____, ap. _____, județ/sector _____ posesor al BI/CI
 seria _____ nr _____, solicit expertizarea medicală a
 capacității de muncă în vederea încadrării în grad de invaliditate,
 conform Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii
 publice.

Odată cu prezenta cerere depun și următoarele acte :

- | | |
|--|-----|
| 1. Copie xerox carte identitate/buletin identitate | [] |
| 2. Bilete externare/scrisori medicale | [] |
| 3. Referat medical eliberat de medicul curant | [] |
| 4. Analize medicale de laborator | [] |
| 5. Investigații imagistice | [] |
| 6. Explorări funcționale | [] |
| 7. Alte rezultate ale investigațiilor medicale | [] |
| 8. Adeverință cu nr. zile de concediu medical
cumulat în ultimele 12/24 luni - pentru salariați | [] |

Data _____

Semnătura _____