

Casa teritorială de pensii
Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă

Nr. /

CERERE

pentru expertizarea medicală a capacității de muncă

Subsemnatul(a), având codul numeric personal, domiciliat(ă) în localitatea, str. nr., bl., sc., ap., județul/sectorul, posesor(posesoare) al(a) buletinului/cărții de identitate 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, cu modificările și completările ulterioare.

Odată cu prezenta cerere depun și următoarele acte:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. copie xerox de pe cartea de identitate/buletinul de identitate | <input type="checkbox"/> |
| 2. bilete externare/scrise medicale | <input type="checkbox"/> |
| 3. referat medical eliberat de medicul currant | <input type="checkbox"/> |
| 4. analize medicale de laborator | <input type="checkbox"/> |
| 5. investigații imagistice | <input type="checkbox"/> |
| 6. explorări funcționale | <input type="checkbox"/> |
| 7. alte rezultate ale investigațiilor medicale | <input type="checkbox"/> |
| 8. adeverință cu nr. zile de concediu medical cumulate în ultimele 12/24 luni - pentru salariați | <input type="checkbox"/> |

Data

Semnătura

.....