

Casa teritoriala de pensii
 Cabinetul de expertiza medicala
 a capacitatii de munca _____

Nr. _____ din _____

CERERE

pentru expertiza medicala a capacitatii de munca

Subsemnatul (a) _____ ,
 CNP _____ , domiciliat(a) in localitatea
 _____ str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____
 ap. _____ judet/sector _____ posesor al BI/CI seria
 _____ nr. _____ , solicit expertizarea medicala a capacitatii
 de munca in vederea incadrarii in grad de invaliditate, conform Legii
 nr. 263 / 2010 privind sistemul unitar de pensii publice.

Odata cu prezenta cerere depun si urmatoarele acte :

- | | |
|---|-----|
| 1. Copie xerox carte identitate/buletin identitate | [] |
| 2. Bilet externare/scrisoare medicale | [] |
| 3. Referat medical eliberat de medicul curant | [] |
| 4. Analize medicale de laborator | [] |
| 5. Investigatii imagistice | [] |
| 6. Explorari functionale | [] |
| 7. Alte rezultate ale investigatiilor medicale | [] |
| 8. Adeverinta cu nr.zile de concediu medical cumulat
cumulat in ultimele 12/24 luni - pentru salariati | [] |

Data _____

Semnatura _____