

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....., adresa de e-mail....., nr. telefon....., solicit expertizarea medicală a capacității de muncă în vederea încadrării în grad de invaliditate, conform Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii.

Odată cu prezenta cerere depun și următoarele acte^{*)}:

1. cartea de identitate/buletinul de identitate []
2. bilete externare/scrise 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. documentul din care să rezulte cauza invalidității (FIAM sau fișa BP2) []
9. documentul care să ateste data ivirii invalidității, pentru cazurile prevăzute la art. 74 lit. c) din lege []
10. adeverință cu nr. zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni^{**)} []

Declar pe propria răspundere că:

1. Adresa de corespondență este aceeași cu cea de domiciliu precizată în actul de identitate. []
2. Adresa de corespondență nu este aceeași cu cea de domiciliu precizată în actul de identitate, fiind următoarea:

.....

Data

.....

Semnătura

.....

^{*)} Actele se depun în original. În situații motivate de imposibilitatea obiectivă a procurării documentelor originale, acestea se pot depune în copie, cu respectarea dispozițiilor art. 67 alin. (5) din prezentele norme.

^{**)} Pentru salariați, după caz.