

**C E R E R E**  
**pentru expertizarea medicală a capacității de muncă**

Subsemnatul(a) ....., având codul numeric personal ....., domiciliat(ă) în localitatea ..... str. .... nr. .... bl. .... sc. .... et. .... ap. .... județul ..... posesor/posesoare al(a) buletinului/cărții de identitate seria ..... nr. ...., solicit expertizarea 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                                      | [ ] |
| 2. bilet 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. adeverință cu numărul de zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni – pentru salariați | [ ] |

Data .....

Semnătura

.....

**C E R E R E**  
**pentru expertizarea medicală a capacității de muncă**

Subsemnatul(a) ....., având codul numeric personal ....., domiciliat(ă) în localitatea ..... str. .... nr. .... bl. .... sc. .... et. .... ap. .... județul ..... posesor/posesoare al(a) buletinului/cărții de identitate seria ..... nr. ...., solicit expertizarea 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                                      | [ ] |
| 2. bilet 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. adeverință cu numărul de zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni – pentru salariați | [ ] |

Data .....

Semnătura

.....