

**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                               | [ ] |
| 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 .....