|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **CASA TERITORIALĂ DE PENSII DIMBOVITA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă CABINET NR.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **CERERE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  | **pentru expertizarea medicală a capacității de muncă** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Subsemnatul(a)** | | | | | |  | | | | | | | | | **, având codul numeric personal** | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **domiciliat(ă) în localitatea** | | | | | | | | |  | | | | | | | | **str.** | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **nr.** | | |  | **bl.** |  | | **sc.** |  | | **et.** |  | | **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 carea 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 cumulat în ultimele 12/24 luni - pentru salariați** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **[ ]** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Data** | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Semnătura** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |  |  |  |  |