**ANEXA Nr. 9**la norme

    Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă

    Cabinetul de expertiză medicală a capacităţii de muncă . . . . . . . . . .

Nr. . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . .

CERERE  
pentru expertizarea medicală a capacităţii de muncă

    Subsemnatul (a),.........., având codul numeric personal.........., domiciliat (ă) în localitatea.........., str........... nr..........., bl..........., sc..........., ap..........., judeţul/sectorul.........., posesor (posesoare) al (a) buletinului/cărţii de identitate seria.......... nr..........., adresa de e-mail.........., nr. telefon.........., solicit expertizarea medicală a capacităţii de muncă în vederea încadrării în grad de invaliditate, conform Legii [nr. 360/2023](https://lege5.ro/App/Document/ge2dknrrge2dm/legea-nr-360-2023-privind-sistemul-public-de-pensii?d=2025-07-03) privind sistemul public de pensii.

    Odată cu prezenta cerere depun şi următoarele acte\*):

**\*)** Actele se depun în original. În situaţii motivate de imposibilitatea obiectivă a procurării documentelor originale, acestea se pot depune în copie, cu respectarea dispoziţiilor art. 67 [alin. (5)](https://lege5.ro/App/Document/ge2dsmbrgu4tg/normele-de-aplicare-a-legii-nr-360-2023-privind-sistemul-public-de-pensii-din-28022024?pid=560841725&d=2025-07-03#p-560841725) din prezentele norme.

**1.** cartea de identitate/buletinul de identitate [ ]

**2.** bilete externare/scrisori medicale [ ]

**3.** referat medical eliberat de medicul curant [ ]

**4.** analize medicale de laborator [ ]

**5.** investigaţii imagistice [ ]

**6.** explorări funcţionale [ ]

**7.** alte rezultate ale investigaţiilor medicale [ ]

**8.** documentul din care să rezulte cauza invalidităţii (FIAM sau fişa BP2) [ ]

**9.** documentul care să ateste data ivirii invalidităţii, pentru cazurile prevăzute la art. 74 [lit. c)](https://lege5.ro/App/Document/ge2dknrrge2dm/legea-nr-360-2023-privind-sistemul-public-de-pensii?pid=551279969&d=2025-07-03#p-551279969) din lege[ ]

**10.** adeverinţă cu nr. zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni\*\*) [ ]

**\*\*)** Pentru salariaţi, după caz.

    Declar pe propria răspundere că:

**1.** Adresa de corespondenţă este aceeaşi cu cea de domiciliu precizată în actul de identitate. [ ]

**2.** Adresa de corespondenţă nu este aceeaşi cu cea de domiciliu precizată în actul de identitate, fiind următoarea:

    . . . . . . . . . .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Data . . . . . . . . . . | Semnătura . . . . . . . . . . |