

CASA TERITORIALĂ DE PENSII **CLUJ**

Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă.....

Nr./.....

CERERE

pentru expertizarea medicală a capacității de muncă

Subsemnatul(a),,
inițiala tatălui, având codul numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, domiciliat(ă) în localitatea, str.
nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul....., posesor (posezoare) al (a) buletinului/cărții de identitate seria |_|_| nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|, număr telefon, 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 exemplare
2. bilete externare/scrisori medicale
3. referat medical eliberat de medicul curant
4. analize medicale de laborator
5. investigații imagistice (CT, RMN, Radiografii, etc.)
6. explorări funcționale (PFV, EKG, Test de efort, Echo-Doppler, ENG, EMG, EEG, etc.)
7. alte rezultate ale investigațiilor medicale (ex. Psihologic, etc)
8. adeverință cu nr. zile concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni – pentru salariați
9. rezultatul examenului histopatologic – pentru cei de la Oncologie
10. dosar cu șină de carton

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, ci este:

.....
.....
.....

Data _____

Semnătura _____

* Actele se depun în **original** sau în copie certificată pentru conformitate cu originalul cf. HG 257/2011, art. 83, alin (3)