

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. 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 concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni – pentru salariați
9. rezultatul examenului histopatologic – pentru cei de la Oncologie

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)