CASA TERITORIALĂ DE PENSII VÂLCEA
Cabinetul de expertiză medicală a capacităţii de muncă
Nr. ...../ .....

CERERE
pentru expertizarea medicală a capacităţii de muncă

Subsemnatul(a).....

CNP | | | | | | | | | | | | |, domiciliat(ă) în localitatea .....

str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul .....

C.I. seria | | | nr. | | | | | | |, eliberată de ..... la data de.....
solicit expertizarea medicală a capacităţii de muncă, în vederea încadrării în grad de invaliditate, conform Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările şi completările ulterioare.

Odată cu prezenta cerere depun următoarele documente:

- Copie xerox de pe cartea de identitate/buletin de identitate
- Bilete externare/scrisori medicale ☐
- Referat medical eliberat de curant ☐
- Analize nedicale de laborator ☐
- Investigaţii imagistice ☐
- Explorări funcţionale ☐
- Alte rezultate ale investigaţiilor medicale ☐
- Adeverinţă cu nr. zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni - pentru salariaţi ☐

Data ..... Semnătura .....

CASA TERITORIALĂ DE PENSII VÂLCEA
Cabinetul de expertiză medicală a capacităţii de muncă
Nr. ...../ .....

CERERE
pentru expertizarea medicală a capacităţii de muncă

Subsemnatul(a).....

CNP | | | | | | | | | | | | |, domiciliat(ă) în localitatea .....

str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul .....

C.I. seria | | | nr. | | | | | | |, eliberată de ..... la data de.....
solicit expertizarea medicală a capacităţii de muncă, în vederea încadrării în grad de invaliditate, conform Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările şi completările ulterioare.

Odată cu prezenta cerere depun următoarele documente:

- Copie xerox de pe cartea de identitate/buletin de identitate
- Bilete externare/scrisori medicale ☐
- Referat medical eliberat de curant ☐
- Analize nedicale de laborator ☐
- Investigaţii imagistice ☐
- Explorări funcţionale ☐
- Alte rezultate ale investigaţiilor medicale ☐
- Adeverinţă cu nr. zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni - pentru salariaţi ☐

Data ..... Semnătura .....