

Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă

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

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

**CERERE**

**pentru expertizarea medicală a capacității de muncă**

Subsemnatul (a)....., având codul numeric personal....., domiciliat (ă) în localitatea.....,str..... nr....., bl....., sc....., ap....., județul/sectorul....., posesor (posesoare) al (a) buletinului/cărții de identitate seria..... nr....., adresa de e-mail....., nr. telefon....., solicit expertizarea medicală a capacității de muncă în vederea încadrării în grad de invaliditate, conform Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii.

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

\*) Actele se depun în original. În situații motivate de imposibilitatea obiectivă a procurării documentelor originale, acestea se pot depune în copie, cu respectarea dispozițiilor art. 67 alin. (5) 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. investigații imagistice [ ]
- 6. explorări funcționale [ ]
- 7. alte rezultate ale investigațiilor medicale [ ]
- 8. documentul din care să rezulte cauza invalidității (FIAM sau fișa BP2) [ ]
- 9. documentul care să ateste data ivirii invalidității, pentru cazurile prevăzute la art. 74 lit. c) din lege [ ]
- 10. adeverință cu nr. zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni\*\*) [ ]

\*\*) Pentru salariați, după caz.

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, fiind următoarea: .....

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