

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(are) 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 *:

1. cartea de identitate/buletinul de identitate []
2. bilete externare/scrise medicale []p
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 prevazute la art. 74 lit. c) din lege.[]
10. adeverință cu nr. zile de concediu medical cumulată în ultimele 12/24 luni ** []

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 ei este :

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

Data _____ Semnătura _____

* 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;
** pentru salariați, după caz.