|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **CASA TERITORIALĂ DE PENSII SALAJ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **CERERE** |  |  |  |
|  |  |  |  | **pentru expertizarea medicală a capacității de muncă** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Subsemnatul(a)** |  | **, având codul numeric personal** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **domiciliat(ă) în localitatea** |  | **str.** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **nr.** |  | **bl.** |  | **sc.** |  | **et.** |  | **ap.** |  | **județul/sectorul** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **posesor(posesoare) al(a) buletinului/cărții de identitate seria** |  | **nr.** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  **, 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 carea 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 de concediu cumulat în ultimele 12/24 luni - pentru salariați** |  |  | **[ ]** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Data** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Semnătura** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Număr telefon:**