ANEXA Nr. 9 la norme

Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă

Cabinetul de expertiză medicală a capacităţii de muncă _____

Nr. _____ ./_____

CERERE
pentru expertizarea medicală a capacităţii de muncă

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

Odată cu prezenta cerere depun şi următoarele acte*):

*) Actele se depun în original. În situaţii motivate de imposibilitatea obiectivă a procurării documentelor originale, acestea se pot depune în copie, cu respectarea dispoziţiilor 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. investigaţii imagistice [ ]
6. explorări funcţionale [ ]
7. alte rezultate ale investigaţiilor medicale [ ]
8. documentul din care să rezulte cauza invalidităţii (FIAM sau fişa BP2) [ ]
9. documentul care să ateste data ivirii invalidităţii, pentru cazurile prevăzute la art. 74 lit. c) din lege[ ]
10. adeverinţă cu nr. zile de concediu medical cumulat în ultimele 12/24 luni**) [ ]

**) Pentru salariaţi, după caz.

Declar pe propria răspundere că:

1. Adresa de corespondenţă este aceeaşi cu cea de domiciliu precizată în actul de identitate. [ ]
2. Adresa de corespondenţă nu este aceeaşi cu cea de domiciliu precizată în actul de identitate, fiind următoarea:

. . . . . .

Data _____ Semnătura _____