

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

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

## C E R E R E

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. ...., solicit expertizarea 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 cartea de identitate/buletinul de identitate   | [ ] |
| 2. bilet externare/scrisori medicale  | [ ] |
| 3. referat medical eliberat de medicul curant   | [ ] |
| 4. analize medicale de laborator  | [ ] |
| 5. investigații imagistice (CT,RMN,Radiografii,etc)   | [ ] |
| 6. explorări funcționale (PFV,EKG,Test de effort, Echo-Doppler,etc)                                       | [ ] |
| 7. alte rezultate ale investigațiilor medicale  | [ ] |
| 8. adeverință cu numărul de zile de concediu medical cumulat<br>în ultimele 12/24 luni - pentru salariați | [ ] |
| 9. rezultatul examenului histopatologic -pentru cei de la Oncologie                                       | [ ] |
| 10. dosar cu șină, de carton  | [ ] |

Sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal să se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor).

Data .....

Semnătura .....