

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a,CNP.....
identificat (ă) cu CI seria nr..... domiciliat (ă) în localitatea.....
str....., nr., bl., sc., ap., județ/sector
..... declar pe proprie răspundere că documentele depuse la dosar în copie sunt
conforme cu originalul.

Menționez că nu dețin documentele în original întrucât :

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

Data

Semnătura

Casa judeteana de pensii GALATI
Cabinetul de expertiza medicala a capacitatii de munca I GL

NR...../

CERERE

pentru expertizarea medicala a capacitatii de munca

Subsemnatul(a), avand
codul numeric personal.....domiciliat(a)
in localitatea.....str.....nr....
Bl....., sc.....,ap....., Jud. /sectorul.....,posesor(
posesoare) al(a) buletinului/cartii de identitate seria....
nr....., solicit expertizarea medicala a capacitatii
de munca in vederea incadrarii in grad de invaliditate,
conform Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de
pensii publice, cu modificarile si completarile
uleterioare.

Odata cu prezenta cerere depun si urmatoarele acte:

1. copie xerox de pe cartea de identitate/buletinul de identitate
2. bilete externare/scrise medicale
3. referat medical eliberat de medicul curant
4. analize medicale laborator
5. investigatii imagistice
6. explorari functionale
7. alte rezultate ale investigatiilor medicale
8. adeverinta cu nr. de zile de concediu medical cumulat in ultimile 12/24 luni-pentru salariatii

Data.....

Semnătura

.....