

Anexa nr. 9  
la Normele de aplicare a Legii nr. 360/2023

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 (poseoare) 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/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. documentul din care să rezulte cauza invalidității (FIAM sau fișa BP2) [ ]
9. documentul care să ateste data ivirii invalidității, pentru cazurile  
prevăzute la art. 74 lit. c) din lege [ ]
10. adeverință cu nr. zile de concediu medical cumulat 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:  
.....

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.