

**Către,**  
**Direcția de Asistență Socială Arad**

Subsemnatul \_\_\_\_\_, cu domiciliul în municipiul Arad, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, posesor a BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de către \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, prin reprezentantul meu \_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_.

Prin prezenta, solicit efectuarea Fișei de Evaluare Medico-Socio-Profesionale, necesară întocmirii dosarului pensiei de invaliditate, la Cabinetul de Expertiză Medicală a Capacității de Muncă Arad \_\_\_\_\_

La depunere prezint următoarele:

Carte de identitate;

Ultima Decizie Medicală Asupra Capacității de Muncă (dacă există, după caz);

acte medicale.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezentul raport vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016 / 679 27.04.2016.

Data:

Semnătura: