

## DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea Craiova, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, jud. Dolj, locuind fără forme legale \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ eliberat la data de \_\_\_\_\_ de către \_\_\_\_\_ solicit să fiu încadrat cu contract individual de muncă, în funcția de asistent personal, conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru a acorda îngrijire și supraveghere dlui./dnei. \_\_\_\_\_ cu domiciliul \_\_\_\_\_, locuind fără forme legale \_\_\_\_\_ persoană cu handicap conform certificatului nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_ emis de \_\_\_\_\_.

Telefon de contact: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- Acordul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Dolj, exprimat în scris, referitor la opțiunea părinților sau reprezentanților legali ai copilului cu handicap grav, adulților cu handicap grav ori reprezentanților legali ai acestora, în original ;
- Actul de identitate și de stare civilă (copie și original);
- Actele de studii (copie și original);
- Cazier judiciar (original);
- Adeverința medicală eliberată de medicul de familie sau de alta unitate sanitară autorizată care atestă starea de sănătate corespunzătoare pentru a îngriji persoana cu handicap grav (original);
- Fișa medicală care atestă starea de sănătate (original);
- Fișa de aptitudine-Medicina Muncii (original);
- Acordul persoanei cu handicap sau, după caz, al reprezentantului legal al acesteia ori al familiei, exprimat în scris pentru angajarea asistentului personal;
- Carnet de muncă sau în cazul persoanei care nu a mai lucrat se va prezenta o declarație notarială în care să se specifice această situație (copie și original);
- Extras de cont bancă: B.R.D., B.C.R., TRANSILVANIA, TIRIAC BANK, C.E.C., RAIFFEISEN, BANCPOST, ING. (copie și original);
- CURRICULUM VITAE (C.V.);
- Adeverință de vechime cu perioada lucrată (copie și original);
- Actul de identitate și de stare civilă ale persoanei cu handicap grav, după caz (copie și original);
- Certificat, Hotărâre de încadrare în grad de handicap grav - cu asistent personal și Planul de abilitare-reabilitare a copilului cu dizabilități/Planul de abilitare-reabilitare și de tranziție a copilului cu dizabilități la viața de adult/Planul de abilitare-reabilitare și de paliativitate a copilului cu dizabilități, respectiv Programul individual de reabilitare și integrare socială a persoanei adulte cu handicap, după caz (copie și original);
- Decizie și cupon pensie al persoanei cu handicap grav (copie și original).

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE ASISTENȚA SOCIALĂ  
A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

**DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în Craiova, str. \_\_\_\_\_, nr, \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_, et. \_\_, ap. \_\_\_\_, angajat/ă în funcția de asistent personal la persoana cu handicap grav \_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe de salariat.

Menționez că aceasta îmi este necesară la \_\_\_\_\_.

**Data,**

**Semnătura,**

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE  
ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

**DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, BI/CI Seria \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în  
Craiova, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_,  
ap. \_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_ al/a asistentului  
personal \_\_\_\_\_, solicit încetarea activității începând cu  
data de \_\_\_\_\_ urmare decesului acestuia.

Anexez în copie următoarele acte:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_.

**Data,**

**Semnătura,**

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE  
ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

**DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, BI/CI Seria \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în  
Craiova, Str. \_\_\_\_\_, Nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_, Sc. \_\_\_\_\_, Et. \_\_\_\_\_,  
Ap. \_\_\_\_\_, în calitate de asistent personal la persoana cu handicap  
grav \_\_\_\_\_ conform Legii nr. 448/2006  
republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă prezint certificatul de  
handicap cu nr. \_\_\_\_\_ emis de către Comisia de  
Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulti Dolj/ Comisia pentru Protecția  
Copilului Dolj.

**Data,**

**Semnătura,**

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE  
ASISTENTA SOCIALĂ A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

**DOAMNA DIRECTOR,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
BI/CI Seria \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în Craiova, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, angajat/ă în funcția de asistent personal la persoana cu  
handicap \_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați încetarea/suspendarea/reluarea  
activității începând cu data de \_\_\_\_\_ din următoarele motive:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Anexez în copie următoarele acte:

- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;

**Data,**

**Semnătura,**

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE  
ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

**DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
BI/CI Seria \_\_, Nr. \_\_, cu domiciliul în Craiova,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_, bl. \_\_, sc. \_\_, et. \_\_, ap. \_\_, în  
calitate de persoană cu handicap grav/reprezentant legal al persoanei cu handicap  
grav \_\_\_\_\_ vă rog să aprobați încetarea activității  
asistentului personal \_\_\_\_\_ începând cu data de \_\_\_\_\_ din  
următoarele motive:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Anexez în copie următoarele acte:

- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ .

**Data** \_\_\_\_\_

**Semnătura,**

**DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE DE  
ASISTENTA SOCIALA A MUNICIPIULUI CRAIOVA**

Doamna Director Executiv,

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în Craiova, str. \_\_\_\_\_, nr, \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_, et. \_\_, ap. \_\_, fost angajat/ă în funcția de asistent personal la persoana cu handicap grav \_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe.

Menționez că aceasta îmi este necesară la

\_\_\_\_\_.

**Data**

**Semnătura**

DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE  
DE ASISTENTA SOCIALĂ A MUNICIPIULUI CRAIOVA