

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 _____.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura

DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECTIEI PUBLICE COMUNITARE
DE ASISTENTA 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 _____.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data,

Semnătura,

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

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 _____.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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 si de stare civila (copie și original);
- Actele de studii(copie și original);
- Cazier judiciar (original);
- Adeverinta medicala eliberata de medicul de familie sau de alta unitate sanitara autorizata care atestă starea de sanatate corespunzatoare 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, dupa caz, al reprezentantului legal al acesteia ori al familiei, exprimat in 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 si de stare civila ale persoanei cu handicap grav, după caz (copie și original);
- Certificat, Hotărâre de incadrare in 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 paliativ 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 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:

- _____
- _____
- _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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 Adulți Dolj/ Comisia pentru Protecția
Copilului Dolj.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform
Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce
privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor
date.

Data,

Semnătura,

**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. __, 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:

- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ .

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

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:

- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ .

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data _____

Semnătura,

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