

ROMÂNIA
CONSILIUL LOCAL AL ORASULUI OTELU ROSU
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ OTELU ROSU

Str. Rozelor Nr 2 , cod poștal 325700

Tel : 0255530803 www.dasotelurosu.ro

Operator date cu caracter personal nr.

Serviciul Asistență Socială pentru Persoanele cu Dizabilități

Ind. dos.:

Nr. înregistrare. /

CERERE

Subsemnatul (a) _____,

CNP _____, domiciliat(ă) în Otelu Rosu, str. _____, nr.

_____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, tel. _____, solicit prin prezenta

efectuarea anchetei sociale necesară completării documentației pentru a fi încadrat(ă) ca asistent

personal pentru dl./ d-na. _____, persoană cu

deficiențe grave, domiciliată în Otelu Rosu: str. _____, nr. _____, bl.

sc. _____, ap. _____, tel. _____ și transmiterea acesteia împreună cu

documentele anexate prezentei, către Serviciul Resusre Umane pentru continuarea demersurilor de

angajare:

I.Solicitant: Carte de identitate (copie+original)

Certificatul de naștere (copie+original)

Acte privind starea civilă (copie+original)

Cazier judiciar (original)

Certificat/adeverință de integritate comportamentală

Adeverință eliberată de medicul de familie/altă unitate sanitară autorizată care să ateste starea de

sănătate corespunzătoare (original)

Acte de studii (copie+original)

Acordul scris al persoanei cu deficiențe grave/reprezentantului legal/familiei acestuia pentru angajarea solicitantului în calitate de asistent personal

Acordul D.G.A.S.P.C , exprimat în scris, referitor la opțiunea persoanei cu dizabilități/
reprezentantului legal (original)

Carnetul de muncă/ adeverințe care atestă vechimea în muncă (copie+original) .

2. Persoana cu deficiențe grave:

Carte de identitate (copie+original)

Certificatul de naștere (copie+original)- pentru copii sub 14 ani

Certificatul de încadrare în gradul grav de handicap + Anexă, după caz (copie+original)

Planul de abilitare-reabilitare al copilului cu dizabilități/ Plan individual de servicii al adultului cu
dizabilități (copie+original)

Decizie de pensie + Cupon de pensie (după caz, copie+original)

Document prin care se face dovada reprezentării legale a persoanei cu dizabilități (după
caz,copie+original).

Data:.....

Semnătura solicitantului:.....

Funcționar responsabil:.....

(nume, prenume, funcție)