

ROMÂNIA
CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI BRAȘOV
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ BRAȘOV

Str. Panselelor, nr. 23, Brașov, cod poștal 500419
Tel : +40-0368-469995, +40-368-465415, +40-368-464081, Fax: 0368-464083
www.dasbv.ro; dasbv@dasbv.ro

Operator date cu caracter personal nr. 10326

Serviciul Asistență Socială pentru Persoanele cu Dizabilități

Ind. dos.:

Nr. înregistrare...../.....

CERERE

Subsemnatul (a) _____,

CNP _____, domiciliat(ă) în Brașov, 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 Brașov: str. _____, nr. _____, bl. _____,

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

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

angajare:

1.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:.....

Semnăturasolicitantului:.....

Funcționar responsabil:.....

(nume, prenume, funcție)