



MUNICIPIUL BUCUREȘTI - CONSILIUL LOCAL AL SECTORULUI 4
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 4

Adresa: Șos. Olteniței, Nr. 252-254, Bl. 151, Parter, Sector 4; Tel: 0372.715.100, 0372.715.101;
Fax: 0372.713.885; Pagină web: www.dgaspc4.ro; Adresă E-mail: contact@dgaspc4.ro
Sistem de management al calității conform cu SR EN ISO 9001:2015; SR ISO IWA 4:2010; ISO 18091:2019; CERTIFICAT Nr. 266 C



SERVICIUL EVALUARE COMPLEXĂ PENTRU ADULȚI
G1 /...../.....

C E R E R E - T I P

de evaluare în vederea atestării ca asistent personal profesionist

Subsemnatul(a) (titularul dosarului).....,

Telefon.....e-mail:.....

domiciliat(ă) în București, Sector 4, având datele de identificare conform actului de identitate anexat,
solicit evaluarea îndeplinirii condițiilor necesare în vederea atestării ca asistent personal profesionist.

Data

.....

Semnătura

.....

Anexez la prezenta cerere:

1. documente care să ateste identitatea (copie CI/BI valabil, cu adresă pe raza Sectorului 4);
2. copii de pe actele de stare civilă;
3. copie de pe dovada absolvirii învățământului general obligatoriu;
4. copie de pe certificatul de calificare ca asistent personal profesionist.
5. o scurtă prezentare a mea, precum și a persoanelor cu care locuiesc, menționând numele și prenumele, data nașterii acestora și gradul de rudenie/tipul de relație cu solicitantul, motivația pentru care dorește să devină asistent personal profesionist.
6. acordul din partea fiecărei persoane adulte cu care locuiește solicitantul referitor la desfășurarea activității de asistent personal profesionist.
7. adeverințe medicale privind starea de sănătate, eliberate de medicul de familie, atât pentru solicitant, cât și pentru persoanele cu care locuiește.
8. copie de pe titlul de proprietate/coproprietate sau de pe contractul de închiriere sau comodat al locuinței din care să rezulte posibilitatea de a asigura o cameră separată pentru persoana care urmează a fi îngrijită.

****documentele de la punctele 1, 2, 3 și 4 se prezintă și în original pentru a viza "conform cu originalul"***

Nr. de persoane adulte cu handicap pentru care consider că pot asigura simultan condiții optime _____
_____am disponibilitatea de a îngriji persoane adulte cu handicap infectate HIV sau bolnave SIDA.

Am anexat acestei cereri:

- NOTĂ DE INFORMARE privind prelucrarea datelor cu caracter personal
-file