

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul  
în Mun. 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 imi 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.

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

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA**

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP  
\_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul  
în Mun. 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, fiindu-mi 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.

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

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA

## DOAMNA DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea Craiova, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, jud. Dolj, locuind fără forme legale în \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de către \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, 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./minorului/minorei \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_, locuind fără forme legale în \_\_\_\_\_, persoană cu handicap grav, conform certificatului de handicap nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_ emis de către \_\_\_\_\_.

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 a reprezentanților legali ai copilului cu handicap grav, adulților cu handicap grav ori reprezentanților legali ai acestora (original)
- Actul de identitate, de naștere și de stare civilă ale solicitantului (original și copie)
- Actele de studii (original și copie)
- Cazier judiciar (original)
- Adeverință medicală eliberată de medicul de familie sau de altă unitate sanitară autorizată care atestă starea de sănătate corepunzătoare pentru a îngriji persoana cu handicap (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 (original și copie)
- Adeverință de vechime cu perioada lucrată (original și copie)
- CURRICULUM VITAE
- Extras de cont bancă: B.R.D., B.C.R., TRANSILVANIA, ȚIRIAC BANK, C.E.C., RAIFFEISEN, ING
- Actul de identitate, de naștere și de stare civilă ale persoanei cu handicap grav, după caz (original și copie)
- Certificat, Hotărâre de încadrare în grad de handicap grav cu asistent personal și Plan de abilitare-reabilitare a copilului cu dizabilități/plan de abilitare-reabilitare și de tranziție a copilului cu dizabilități la viața de adult/plan de abilitare-reabilitare și de paliativitate a copilului cu dizabilități, respectiv Program individual de reabilitare și integrare socială a persoanei adulte cu handicap, după caz (original și copie)
- Decizie și cupon de pensie al persoanei cu handicap grav (original și copie)

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL,**

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

Anexez în copie următoarele documente:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL,**

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

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

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în Mun. 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.

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

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în Mun. 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 Adulte 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.

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

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
CRAIOVA**