ROMÂNIA
JUDEŢUL CARAŞ-SEVERIN
CONSILIUL JUDEŢEAN
DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ
SOCIALĂ SI PROTECŢIA COPILULUI
mun. Reşiţa, al. Trei Ape, nr. 4, cod 320191
tel: 0255/224302; fax: 0255/217048; e-mail: dgaspccs@rdslink.ro

****

Verificat identitatea solicitantului şi existenţa tuturor informaţiilor necesare pentru demararea procedurii.

Asistent social_____

CERERE DE EVALUARE ÎN VEDEREA ELIBERĂRII ATESTATULUI DE ASISTENT MATERNAL PROFESIONIST

Subsemnatul(a)_____

Domiciliat(ă) în_____

_____Telefon_____

vă solicit acordarea atestatului de asistent maternal profesionist.

Am luat la cunoştinţă de condiţiile necesare pentru a practica această profesiune, de îndatoririle şi drepturile profesionale, de responsabilităţile pe care o implică.

Doresc să devin asistent maternal profesionist din următoarele motive:

_____

_____

_____

_____

Sunt de acord cu întreaga procedură de evaluare necesară pentru obţinerea atestatului şi voi colabora cu specialiştii responsabili de această procedură.

În cazul obţinerii atestatului, aş dori să primesc în îngrijire _____copii.

Prefer ca vârsta copiilor sa fie între_____ani, sexul_____.

Sunt disponibil(ă) pentru îngrijirea unui copil cu nevoi speciale DA NU

Sunt disponibil(ă) pentru colaborarea cu familia naturală sau adoptivă a copilului

Sunt disponibil(ă) pentru colaborarea cu DGASPCCS.

Declar pe propria răspundere că informaţiile cuprinse în prezentul formular sunt adevărate şi anexez toate documentele solicitate de lege.

Semnătura candidatului_____ Data_____