**CERERE DE EVALUARE**

**în vederea eliberării atestatului de asistent maternal**

**Către:** **Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului sector 3**

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legitimat(ă) cu \_\_\_\_, seria \_\_\_ nr. \_\_\_\_, eliberat de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_și locuind în fapt la

adresa de domiciliu/reședința în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_, bl.

\_\_\_\_, sc. \_\_\_, et. \_\_\_, ap. \_\_\_, sectorul/județul \_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vă adresez rugămintea de a dispune evaluarea în vederea eliberării

atestatului de asistent maternal.

Doresc să devin asistent maternal din următoarele motive: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Menționez faptul că am capacitatea de a mă ocupa de creșterea, îngrijirea și educarea:

* unui copil pentru care a fost stabilit plasamentul;
* unui copil pentru care a fost stabilit plasamentul în regim de urgență;
* a doi copii pentru care a fost stabilit plasamentul;
* a doi copii pentru care a fost stabilit plasamentul în regim de urgență;
* copilului cu dizabilități;
* unui grup de frați;
* temporară, pe perioada de respiro a unui alt asistent maternal, pentru copilul pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială;
* a unuia sau doi copii cu vârsta cuprinsă între ..... și ...... ani.

La adresa menționată locuiesc cu următoarele persoane:

1. Nume și prenume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vârstă\_\_\_\_\_\_\_(ani)
2. Nume și prenume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vârstă\_\_\_\_\_\_\_(ani)
3. Nume și prenume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vârstă\_\_\_\_\_\_\_(ani)
4. Nume și prenume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vârstă\_\_\_\_\_\_\_(ani)
5. Nume și prenume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vârstă\_\_\_\_\_\_\_(ani)

Îmi exprim acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor cu caracter personal de către DGASPC, în scopul îndeplinirii activităților specifice privind procedura de atestare a asistentului maternal, cu respectarea Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al

Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a

Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind Prelucrarea datelor cu caracter personal de către toate entităţile implicate în activitatea de prevenire a separării copilului de familie se realizează în conformitate cu protecţia datelor), precum şi cu dispoziţiile naţionale în domeniul protecţiei

datelor.

Atașez prezentei cereri următoarele documente:

a) curriculum vitae;

b) copie de pe cartea de identitate;

c) copie de pe cartea de identitate pentru persoanele cu care locuiesc;

d) copie de pe certificatul de naștere;

e) copie de pe certificatul de naștere pentru persoanele cu care locuiesc;

f) copie de pe certificatul de căsătorie sau hotărârea de divorț/certificatul de divorț, dacă este cazul;

g) copie de pe diploma de studii (se menționează);

h) copie de pe titlul de proprietate sau orice alt document care să ateste dreptul de folosință a locuinței;

i) certificat de cazier judiciar;

j) certificat de cazier judiciar pentru persoanele care au împlinit vârsta de 14 ani cu care

locuiesc;

k) certificat de integritate comportamentală;

l) certificate de integritate comportamentală pentru persoanele majore cu care locuiesc;

m) adeverință de venit;

n) adeverință medicală eliberată de medicul de familie din care să reiasă că nu sufăr de boli transmisibile;

o) adeverință medicală, pentru fiecare persoană majoră cu care locuiesc, eliberată de medical de familie din care să reiasă că nu suferă de boli transmisibile;

p) certificat medical eliberat de medicul specialist din care să reiasă că nu sufăr de boli psihice/nu sunt dependent de alcool, droguri sau alte substanțe psihotrope;

q) certificat medical, pentru fiecare persoană majoră cu care locuiesc, eliberat de medicul

specialist, din care să reiasă că nu suferă de boli psihice/ nu este dependentă de alcool,

droguri sau alte substanțe psihotrope;

r) declarație pe proprie răspundere din care rezultă că nu mă aflu în una din situațiile prevăzute de lege pentru care o persoană nu poate deveni asistent maternal;

s) recomandare/recomandări.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătură solicitant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doamnei/Domnului director general/executiv al DGASPC sector 3