

SERVICIUL MANAGEMENT DE CAZ PENTRU ALTERNATIVE DE TIP FAMILIAL

CEREREA IN VEDEREA EVALUARII CAPACITATII  
DE A DEVENI ASISTENT MATERNAL PROFESIONIST

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_

Domiciliat in localitatea \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Doresc sa devin asistent maternal din urmatoarele motive:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sunt de acord cu intreaga procedura de evaluare necesara si voi colabora cu specialistii responsabili de aceasta procedura.

Pot sa primesc in ingrijire un numar de \_\_\_\_\_ copii.

Prefer ca varsta copiilor sa fie intre \_\_\_\_\_ ani.

Sunt disponibil pentru ingrijirea unui copil cu nevoi speciale/dizabilitati \_\_\_\_\_ , infectati HIV sau bolnavi SIDA \_\_\_\_\_.

Sunt disponibil pentru colaborarea cu familia naturala sau adoptiva a copilului.

Semnatura solicitantului

Data

Sunt de acord cu prelucarea datelor mele personale de catre D.G.A.S.P.C. Maramures, in conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679 / 27.04.2016 privind protectia datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date.

Data

Semnătură solicitant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_