**Domnule Primar**

Subsemnatul / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în Com.Craciunești sat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_. Vă rog a – mi aproba cererea de angajare ca **asistent personal** începând cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pentru persoana cu handicap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliată in com. Crăciunești sat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr. \_\_\_\_\_\_ încadrat in grad de handicap grav cu asistent personal conform certificatului nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_eliberat de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap Mures. / Comisia pentru Protectia Copilului , acordul Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului privitoare de a beneficia de asistent personal nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date identificare asistent personal**

Data nasterii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Locul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fiul / fiica lui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_și al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , starea civilă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cetățenie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nivel educațional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instruit Da/ Nu

Grad de rudenie cu persoana asistată\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Am luat la cunostintă că informațiile din prezenta cerere si din actele depuse la aceasta, vor fi prelucrate de primăria Crăciunești cu respectarea prevederilor regulamantului (UE ) 2016 /679 privind protectia persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, și libera circulatie a acestor date.

 Data Semnătura

**Acord**

Subsemnatul / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliata in com. Craciunesti sat. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ în calitate de persoana încadrată în grad de handicap / reprezentant legal al persoanei încadrate în grad de handicap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Declar pe propria răspundere că sunt de acord ca d-na / dl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliata in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_ sa fie angajat/ a ca asistent personal .

 Data Semnatura