

DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul(a).....domiciliat (a)
in Comuna Teliucu Inferior, satstr.
.....nr.....bl.....sc..... ap..... telefon posesor
al BI/CI seria, nr. eliberat de
SPCLEP..... la data de va rog sa-mi
aprobatii angajarea ca asistent personal al bolnavului
..... , persoana incadrata in gradul grav de
handicap conform certificatului nr. eliberat de Comisia
.....

Anexez:

- adresa DGASPC Hunedoara -Deva;
- copie B.I. /C.I. al asistentului, inclusiv partea cu adresa;
- copie acte de stare civilă (certificat de căsătorie, certificat de deces, hotărâre de divorț) pentru asistent;
- copii acte de studii ale asistentului;
- copie decizie pensie limită de vârstă a asistentului (dacă este cazul);
- dosar medical individual- al asistentului;
- cazier pentru asistent;
- adeverință de la administrația financiară pentru asistent;
- angajament, pe propria răspundere, de a anunța în termen de 48 ore orice modificare;
- copie certificat de handicap;
- copie B.I. /C.I. al persoanei cu handicap (inclusiv partea cu adresa) sau certificatul de naștere în cazul minorului;
- ancheta socială;
- copie decizie pensie limită de vârstă pentru bolnav (dacă este cazul);
- acordul persoanei cu handicap, sau după caz al reprezentantului legal al acesteia ori al familiei, exprimat în scris pentru angajare

Declar prin prezenta că sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Primăria comunei Teliucu Inferior.

Am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunostință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de către Primăria comunei Teliucu Inferior cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Dacă datele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbare domiciliu, statut civil, etc.) mă oblig să informez în scris primăria despre modificările survenite.

DATA

SEMNATURA

Domnului Primar al Comunei Teliucu Inferior

ROMÂNIA
JUDEȚUL HUNEDOARA
CONSILIUL LOCAL AL COMUNEI TELIUCU INFEERIOR

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în comuna Teliucu Inferior, sat _____ str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, județul Hunedoara, telefon _____, actul de identitate B.I./C.I. seria _____, nr. _____, CNP _____, declar pe propria răspundere că pot îngriji persoana cu handicap grav:

Declar că am luat la cunoștință de prevederile Codului penal cu privire la falsul în declarații și uzul de fals, precum și voi respecta obligațiile ce revin asistentului personal prevăzute la art. 38 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Mă oblig să comunic la Primăria comunei Teliucu Inferior, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau socială a persoanei cu handicap grav și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevazute de lege.

Data,

Declarant,

ROMÂNIA
JUDEȚUL HUNEDOARA
CONSILIUL LOCAL AL COMUNEI TELIUCU INFEERIOR

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în comuna Teliucu Inferior, sat _____ str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, județul Hunedoara, telefon _____, actul de identitate B.I./C.I. Seria _____, nr. _____, CNP _____, declar pe propria răspundere că sunt de accord ca d-na / d-nul _____ sa fie angajat ca asistent al meu personal.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile Codului penal cu privire la falsul în declarații și uzul de fals.

Data,

Declarant,