



**CONSILIUL JUDEȚEAN CLUJ**  
**DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**  
**ȘI PROTECȚIA COPILULUI**  
Cod operator date cu caracter personal 16190  
Nr.                      din

---

**CERERE DE EVALUARE**  
**ÎN VEDEREA ELIBERĂRII ATESTATULUI DE**  
**ASISTENT MATERNAL PROFESIONIST**

Subsemnatul/a .....  
domiciliat/ă în ..... jud. ....  
la adresa ..... telefon .....

vă solicit evaluarea în vederea eliberării Atestatului de asistent maternal profesionist.

**Am luat la cunoștință de condițiile necesare pentru a practica această profesie, de îndatoririle și  
și drepturile profesionale, de responsabilitatea pe care o implică**

**Doresc să devin asistent maternal profesionist din următoarele motive :**

.....  
.....  
.....  
.....

Sunt de acord cu întreaga procedură de evaluare necesară pentru obținerea atestatului și voi colabora  
cu cu specialiștii responsabili de această procedură.

**În cazul obținerii atestatului aș dori să primesc în îngrijire ..... copii.**

**Prefer ca vârsta copiilor să fie Între ..... ani.**

**Sunt/ nu sunt disponibil/ă pentru îngrijirea unui copil cu probleme speciale.**

Sunt disponibil/ă pentru colaborarea cu familia naturală sau adoptivă a copilului. Sunt disponibil/ă  
pentru colaborarea cu SPPC sau ORA.

**Declar pe proprie răspundere că toate informațiile cuprinse în prezentul formular sunt  
adevărate și anexez toate documentele solicitate prin lege.**

Semnătura solicitantului

Data