CONSILIUL JUDEŢEAN CLUJ
DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ
ŞI PROTECŢIA COPILULUI
Cod operator date cu caracter personal 16190
Nr. din

CERERE DE EVALUARE ÎN VEDEREA ELIBERĂRII ATESTATULUI DE ASISTENT MATERNAL PROFESIONIST

Subsemnatul/Subsemnata……...……..

domiciliat/domiciliată în …….. jud. ……

la adresa …….. telefon ……...….

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

Am luat la cunoştinţă de condiţiile necesare pentru a practica această profesie, de îndatoririle şi şi 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 obţinerea atestatului şi voi colabora cu cu specialiştii responsabili de această procedură.

În cazul obţinerii atestatului aş 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/disponibilă pentru colaborarea cu familia naturală sau adoptivă a copilului.

Sunt disponibil/disponibilă pentru colaborarea cu SPPC sau ORA.

Declar pe proprie răspundere că toate informaţiile cuprinse în prezentul formular sunt adevărate si anexez toate documentele solicitate prin lege.

Semănatura solicitantului Data