

**DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA
COPILULUI GALAȚI**

Nr. _____ din _____

Verificat identitatea solicitantului si existenta tuturor
informatiilor necesare pentru demararea procedurii.
Asistent social

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

1. Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în
Micro(cartier) _____

_____ Tel. _____,

vă solicit acordarea atestatului de asistent maternal profesionist.

Am luat la cunoștință de condițiile necesare pentru a practica această profesiune, de îndatoririle 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 specialiștii responsabili de această procedură.

Prefer ca vârsta copiilor sa fie între.....ani.

- Sunt disponibil(ă) pentru îngrijirea unui copil - cu deficiențe / handicap DA / NU
 - cu HIV/SIDA DA / NU
 - cu vârsta 0 – 18 ani DA / NU
 - 2 copii DA / NU
- Sunt disponibil(ă) pentru colaborarea cu familia naturală sau adoptivă a copilului DA / NU
- Sunt disponibil(ă) pentru colaborarea cu DGASPC Galați DA / NU

Declar pe propria răspundere că informațiile cuprinse în prezentul formular sunt adevărate și anexează toate documentele solicitate de lege.

Data _____

Semnătura candidatului _____