



**DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
ȘI PROTECȚIA COPILULUI  
BISTRIȚA NĂSĂUD**

Bistrița, jud. Bistrița Năsăud, Str. Sucevei nr. 1-3,  
Tel: 0263-230502, 0263-232384, Fax: 0263- 215752,  
E-mail: [office@dgaspcbn.ro](mailto:office@dgaspcbn.ro) , [www.dgaspcbn.ro](http://www.dgaspcbn.ro)

**SERVICIUL MANAGEMENT DE CAZ ASISTENȚĂ MATERNALĂ**

Nr.                    din

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

Subsemnatul (a) ..... domiciliat(ă) în  
loc. .... str. ....nr. ...., bl. .... ,  
sc. ...., et. .... , ap. .... , jud. ...., tel. .... ,  
vă solicit evaluarea în vederea eliberării atestatului de asistent maternal  
profesionist.

Am luat la cunostință condițiile necesare pentru a practica această  
profesiune, de îndatoririle și drepturile profesionale, de responsabilitatea pe  
care o implică.

Doresc sa devin asistent maternal profesionist din urmatoarele motive:

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

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

În cazul obținerii atestatului, aş dori sa primesc în îngrijire ..... copii.  
Prefer ca vârsta copiilor sa fie între ..... ani.

Sunt disponibil (ă) pentru îngrijirea copiilor cu nevoi speciale DA NU

Sunt disponibil (ă) pentru colborarea cu familia biologică sau adoptivă a  
copilului DA NU.

Sunt disponibil (ă) pentru colaborarea cu SPPC sau OPA. DA NU

Declar pe propria raspundere că toate datele cuprinse în prezenta decaarație  
sunt adevarate și anexeaz toate documentele solicitate de lege.

Data .....

Semnatura candidatului .....

Localitatea .....