

CĂTRE

**CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ORADEA
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ORADEA
SERVICIUL RESURSE UMANE-SALARIZARE
COMPARTIMENT MONITORIZARE ASISTENȚI PERSONALI**

Subsemnatul(a) _____,
domiciliat(ă) în Oradea, str. _____ nr. _____
bl. _____ ap. _____, județul Bihor, telefon _____, posesor(oare) al/a
buletinului/cărții de identitate seria _____ nr. _____, eliberat la data de
_____ de _____, CNP _____ prin
prezenta solicit angajarea ca **asistent personal** pentru persoana cu handicap
grav _____, cu domiciliul în
Oradea, str. _____ nr. _____ bl. _____ ap. _____, telefon
_____ persoană cu handicap conform certificatului nr
_____/_____ emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor
Adulte cu Handicap – Bihor / Comisia pentru Protecția Copilului Bihor .

=====
**Declar, pe proprie răspundere că persoana cu handicap grav nu beneficiază de
indemnizație pentru însoțitor de la Casa Județeană de Pensii Bihor.**

**Mă angajez, pe proprie răspundere, să comunic în scris Serviciului Resurse
Umane-Salarizare din cadrul Direcției de Asistență Socială Oradea, în termen de 48
ore, orice modificare de natură să influențeze realizarea obligațiilor față de
persoana asistată (schimbarea gradului de handicap, schimbarea domiciliului,
schimbarea gradului la pensia de invaliditate, decesul bolnavului, etc).**

Oradea

Data _____

Semnătura