

CERERE DE EVALUARE ÎN VEDEREA ELIBERĂRII ATESTATULUI DE ASISTENT MATERNAL PROFESIONIST

Subsemnatul (a) _____, domiciliat în
localitatea _____, județul _____ la
adresa _____, telefon _____

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.

În cazul obținerii atestatului, aș dori să primesc în îngrijire _____ copii.
Prefer ca vârsta copiilor să fie între _____ ani.

Sunt disponibil (ă) pentru îngrijirea unui copil cu nevoi speciale ☐ DA ☐ NU

Sunt disponibil (ă) pentru colaborarea cu familia naturală sau adoptivă a copilului.

Sunt disponibil (ă) pentru colaborarea cu SPSPC sau OPA.

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

Semnătura candidatului,

Data,

CURRICULUM VITAE

1. DATE PERSONALE

Nume _____ prenume _____

Alte nume purtate anterior (ex.: înainte de căsătorie) _____

Locul și data nașterii _____, act de identitate _____

seria _____ nr. _____, eliberat la data _____ de _____

Numele părinților: Tata _____ Mama _____

Starea civilă: Căsătorit (ă) ☐ Necăsătorit (ă) ☐ Divorțat (ă) ☐ Văduv (ă) ☐

Religie: Practică _____

Copii:

Nr. crt.	Nume și prenume	Data nașterii	Școlarizare

2. Studii:

Ultima școală absolvită _____

în anul _____ cu specializarea _____

Alte școli absolvite:

_____ în anul _____

_____ în anul _____

Cursuri de perfecționare, specializare:

_____ în anul _____

_____ în anul _____

_____ în anul _____

3. Experiența profesională

Profesia de bază: _____

Situația profesională actuală: angajat (ă) ☐ șomer (ă) ☐ casnică ☐ pensionară ☐

Ultimul loc de muncă

Unitatea _____

Adresa _____

Angajat pe postul _____ de la data de _____
până la data de _____

Persoane care pot da referințe _____ funcția _____

Alte locuri de muncă

Nr. crt.	Unitatea	Perioada	Postul ocupat

4. Alte abilități

Trăsături de personalitate (enumerați câteva trăsături care considerați că vă caracterizează)

Alte abilități (în afara profesiei de bază, enumerați ce știți și vă place să faceți)

Modalități de petrecere a timpului liber

DATE DESPRE FAMILIE

1. Membrii familiei care locuiesc la domiciliul meu:

Nr. crt.	Nume / prenume	Gradul de rudenie cu solicitantul	Data nașterii

Declar că persoanele menționate nu suferă de boli fizice sau psihice și prin comportamentul lor general nu pun în pericol integritatea fizică și psihică a copilului pe care îl vom îngriji în cazul obținerii atestatului de asistent maternal profesionist.

Observații în legătură cu acordul familiei de a primi un copil în plasament

2. Veniturile familiei

Venitul total lunar _____ constituit din _____

STAREA DE SĂNĂTATE

Declar că starea mea de sănătate este foarte bună ☐ bună ☐ satisfăcătoare ☐ că nu sufăr de nici o boală cronică transmisibilă care ar face imposibilă exercitarea profesiei de asistent maternal.

Anexez în sprijinul declarației mele documentele medicale doveditoare.

LOCUINȚA

Locuința în care voi primi copilul (copiii) în plasament sau încredințare este proprietate închiriată ☐ în folosință ☐ și are următoarele caracteristici:

- Locuință la bloc ☐ casă ☐ , suprafața locuinței _____ mp.
- Nr. de camere: _____ ; dependințe _____
- Utilități și dotări (completați DA sau NU);
- Apă curentă _____ gaze _____ iluminat _____ încălzire _____ TV _____ radio _____

Copilul (copiii) plasat (i) va (vor) locui în: cameră proprie ☐ în camera copiilor familiei ☐

Alte condiții ☐ _____