**CERERE APROBARE EXERCITARE ACTIVITATE DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU**

**PENTRU PERSOANA VÂRSTNICĂ DE CĂTRE ÎNGRIJITORUL INFORMAL**

Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

născut/ă la data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cu ultimul domiciliu în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_, et. \_\_\_, ap.\_\_\_

CNP \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ,

identificat cu actul de identitate \_\_\_, seria \_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon de contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prin prezenta solicit să îmi aprobaţi cererea de a presta activități de îngrijire la domiciliu, pentru persoana vârstnică ………………………………………………………………………., CNP …..………………………….. domiciliată în municipiul Constanța, str. ……………….……………………………………………………….., nr. …………, bl. ……, sc. …….., et. ……., ap. …….., persoana aflâdu-se în una din următoarele situații (se pot bifa mai multe situații):

nu are familie/nu se află în întreţinerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

nu are locuinţă şi nici posibilitatea de a-și asigura condiţiile de locuit pe baza resurselor proprii;

 nu realizeză venituri proprii/acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;

 nu se poate gospodări singur(ă)/necesitând îngrijire specializată;

 se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii/stării fizice sau psihice.

Menționez că în prezent sunt angajat în cadrul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în funcția de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu contract individual de muncă pe durată nedeterminată/ determinată până la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declar că am fost informat/ă că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta vor fi prelucrate de DGAS Constanța cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data: Semnătura:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Timp de completare: 5 min.