



ROMÂNIA  
CONSILIUL JUDEȚEAN BOTOȘANI

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI

Operator de date cu caracter personal 5721

str. Maxim Gorki nr. 4  
Botoșani

e-mail: dgaspobt@yahoo.com

Telefon: 0231-537993  
Fax: 0231-511047

Serviciul: Evidență și plată prestații sociale

DOMNULE DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a). .....CNP.....  
domiciliat(ă) în ....., str. / com. ...., nr. ...., bl.  
....., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul Botoșani, posesor al B.I.(C.I) seria .....,  
nr. ...., emis de ....., la data de  
....., în calitate de părinte /tutore/ curator/familie de plasament pentru  
copilul ....., CNP....., încadrat în gradul de  
handicap grav, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr....., din  
data de .....eliberat de Comisia pentru Protecția Copilului .....  
solicit acordul instituției dumneavoastră pentru încadrarea cu contract individual de  
muncă unui asistent personal/plata indemnizației lunare, de către  
Primăria.....

Declar pe propria răspundere, cunoscând consecințele falsului în declarații potrivit  
art. 292 Cod Penal, că minorul..... este în întreținerea  
mea pe perioada de valabilitate a certificatului de încadrare într-un grad de handicap,  
și că în termen de 10 zile voi aduce la cunoștința DIRECȚIEI GENERALE DE  
ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI BOTOȘANI orice  
modificare de natură să influențeze acordarea drepturilor prevăzute de lege (schimbarea  
domiciliului, schimbarea actului de identitate, instituționalizarea în unitate de asistență  
socială, decesul copilului, frecventarea cursurilor școlare la o unitate de învățământ special  
în regim de internat, fără ca enumerarea anterioară să fie limitativă).

Telefon de contact: .....

Data .....

Semnătura,