



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....., persoană cu
handicap grav, conform certificatului de încadrare într-un grad de handicap nr.....din
data de..... emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu
Handicap....., solicit acordul instituției dumneavoastră pentru încadrarea
cu contract individual de muncă a unui asistent personal / plata indemnizației lunare
de către Primăria.....,

Declar pe propria răspundere, cunoscând consecințele falsului în declarații potrivit
art. 292 Cod Penal, 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, internarea într-o unitate
de asistență socială, fără ca enumerarea anterioară să fie limitativă).

Telefon de contact: _____

Data

Semnătura.....