

ANGAJAMENT

Subsemnatul(a) _____
domiciliat(ă) în Breasta , str. _____ nr. _____,
_____, **asistent personal** pentru persoana cu handicap grav
_____ domiciliată în Breasta,
Str: _____ nr. _____, cu
Certificatul nr: _____ / _____ eliberat de Comisia de
expertiză medicală/Comisia de evaluare complexă Dolj, declar pe propria
răspundere că voi:

a) presta pentru persoana cu handicap grav toate activitățile și serviciile prevăzute în planul de recuperare pentru copilul cu handicap grav, respectiv în planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav;

b) trata cu respect, bună-credință și înțelegere persoana cu handicap grav și să nu abuzez fizic, psihic sau moral de starea acesteia;

c) comunica Primăriei Comunei Breasta , respectiv autorității publice locale , în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau socială a persoanei cu handicap grav și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

d) comunica autorității publice locale orice deplasare în afara localității împreună cu persoana cu handicap grav (control medical, tratament, internare în spital, etc)

Data: _____

Semnătura _____