ANGAJAMENT

 Act adițional la contractul individual de muncă nr.\_\_\_\_\_din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliat(ă) în localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_\_comuna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, județul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,posesor al cărții de identitate seria\_\_\_\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eliberată de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, asistent personal al persoanei cu handicap grav\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ îmi asum răspunderea de a realiza planul de recuperare pentru copilul cu handicap grav, respectiv planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav și mă oblig să anunț în **termen de** **48 ore**, ca salariat al Primăriei comunei Adâncata. Județul Suceava orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau socială a persoanei cu handicap și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

 Pentru nerespectarea prezentului ,,Angajament” voi suporta consecințele ce decurg din legislația în vigoare.

 Data, Semnătura,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Î**NSOȚITOR**

 Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMNULE PRIMAR,**

 Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliat(ă) în sat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comuna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, județul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_posesor(are) al(a)\_\_\_\_\_seria\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_eliberat la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de către \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit să fiu luat(ă) în evidență că acord îngrijire, supraveghere și ajutor permanent numitului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, persoană cu handicap conform certificatului nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emis de Comisia de experiză medicală Suceava

 Anexez:

* Fișa de examen medical prin care dovedesc faptul că starea sănătății îmi permite să îndeplinesc obligațiile contractuale
* Angajamentul pe propria răspundere, de a anunța în termen de 48 ore de la luarea la cunoștință, în scris , orice modificare, precum și orice altă situație, față de cele declarate, de natură să împiedice realizarea obligațiilor față de persoana aflată în îngrijire, supraveghere și ajutor permanent.

**Data**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Semnătura,**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domnului Primar al comunei Adâncata, județul Suceava**

**DECLARAȚIE**

 **Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat (ă) în localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comuna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, județul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, persoană cu handicap grav conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr.\_\_\_\_\_\_\_\_din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere că sunt de acord ca numitul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, să îmi asigure îngrijire în calitate de însoțitor.**

 **Data, Semnătura,**

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