



Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Către  
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/ă în  
Reșița, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, etj. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
județul Caraș-Severin, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de  
\_\_\_\_\_, numărul de telefon \_\_\_\_\_ prin reprezentant  
legal \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în Reșița, str. \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, etj. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Caraș-Severin, posesor al B.I./C.I.  
seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, numărul de telefon \_\_\_\_\_,

Prin prezenta solicit o anchetă socială necesară la Direcția Generală de Asistență Socială și  
Protecția Copilului Caraș-Severin, **în vederea admiterii în centre publice rezidențiale sau de zi.**

Familia subsemnatului/ei se compune din următoarele persoane (inclusiv subsemnatul/a):

Nr. crt.	Numele și prenumele	Grad de rudenie	Vârsta	Ocupația	Venitul lunar	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Anexez următoarele acte în vederea efectuării anchetei sociale (copii xerox):**

- Actul de identitate al persoanei bolnave/ reprezentant legal ;
- Acte de stare civilă bolnav/ă/reprezentant legal (certificat naștere, casătorie, deces, după caz);
- Certificatul de încadrare în grad de handicap;
- Adeverință de venit( adeverință salariu net, cupon pensie, venituri din activități independente, etc.);
- Acte proprietate(contract de vânzare-cumpărare, donație, moștenire, etc.);
- Acte medicale diagnostic bolnav, cu mențiunea investigații paraclinice.

**„Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) NR. 679/2016”.**

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

**Semnătura:** \_\_\_\_\_

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Adresa: Piața Republicii Nr.44, Telefon: 0355/080242, E-mail: [asistenta.sociala@primariesita.ro](mailto:asistenta.sociala@primariesita.ro)

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ este operator de date cu caracter personal-cod 19448

E-mail: [protectiadatelor@primariesita.ro](mailto:protectiadatelor@primariesita.ro)



Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în Reșița,  
str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_ /,  
reprezentant legal al persoanei încadrate în gradul de handicap grav, al  
doamnei/domnului \_\_\_\_\_ domiciliat/ă / reședința  
în municipiul Reșița, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, etj. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,

În calitate de \_\_\_\_\_ / reprezentant legal, declar că nu pot să mă ocup și să-i  
asigur îngrijirea la domiciliu a bolnavului, din următorul motiv:

---

---

---

**În caz contrar, voi suporta consecințele legii cunoscând faptul că falsul în declarații este considerată infracțiune potrivit art.292 din Codul penal.**

**„Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) NR. 679/2016”.**

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

**Semnătura:** \_\_\_\_\_