



ROMÂNIA
JUDEȚUL GIURGIU
PRIMĂRIA COMUNEI JOIȚA
Calea București nr. 21, Județul Giurgiu
Telefon: 0756 143 911/ 0246 252 250 ; fax: 0246 252 168
Email: primariajoița@yahoo.com
Site: www.primariajoița.ro

= COMUNICAT =

Primăria comunei Joița informează cetățenii despre oportunitatea de angajare ca asistent personal profesionist.

Primăria comunei Joița aduce la cunoștința cetățenilor faptul că Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, în parteneriat cu Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, implementează proiectul „Rețeaua APP – Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, proiect cofinanțat din fonduri europene prin Programul Incluziune și Demnitate Socială 2021–2027.

Proiectul are ca obiectiv creșterea accesului persoanelor adulte cu dizabilități la servicii de asistență personală profesionistă, sprijinind viața independentă în comunitate și prevenirea instituționalizării.

În cadrul acestui proiect, DGASPC Giurgiu desfășoară activități de identificare, selecție și recrutare a persoanelor interesate să fie angajate ca asistenți personali profesioniști (APP), cu contract de muncă și salarizare conform legislației în vigoare, inclusiv acordarea sporurilor prevăzute de lege.

Persoanele interesate trebuie să îndeplinească condițiile minime de eligibilitate stabilite în cadrul proiectului, printre care: cetățenia română, domiciliul în regiunea de implementare, studii minime, capacitate deplină de exercițiu, lipsa antecedentelor penale și aptitudini de relaționare și îngrijire a persoanelor adulte cu dizabilități.

Cetățenii care doresc informații suplimentare sunt invitați să se adreseze DGASPC Giurgiu sau Compartimentului de Asistență Socială din cadrul Primăriei comunei Joița.

Primăria comunei Joița sprijină informarea și implicarea cetățenilor în proiecte care contribuie la dezvoltarea serviciilor sociale și la incluziunea persoanelor cu dizabilități în comunitate.



Întocmit,

Inspector SPAS-VLAD MIHAELA VALENTINA

Inspector SPAS-POPA ELENA-ALINA



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



*„Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate
pentru persoanele cu dizabilități”*



Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4 Cod SMIS - 339736

- Proiect implementat de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități în parteneriat cu Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale și 23 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului
- Obiectiv general: Creșterea accesului la servicii de asistență personală profesionistă de calitate pentru 500 de persoane adulte cu dizabilități în România pentru o viață independentă în comunitate și incluziune socială.
- Valoarea totală a proiectului : **69.366.700,86 lei**
- Cofinanțare din partea Uniunii Europene: **58.961.695,73 lei**
- Perioada de implementare : **01.06.2025 - 31.05.2028**

Detalii despre proiect :

<https://anpd.gov.ro/web/proiecte/proiecte-europene/>



app@anpd.gov.ro



MINISTERUL MUNCII

TINERETULUI ȘI SOLIDARITĂȚII SOCIALE

Informații suplimentare:

Pentru orice întrebări sau informații suplimentare, nu ezita să ne contactezi:

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Giurgiu

Telefon: 0246/214011 sau 0246/216232

Împreună putem face o schimbare! ❤️



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Codul proiectului: 339736

Titlul proiectului: Rețeaua APP – Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Giurgiu

Despre ce este proiectul?

Proiectul „Rețeaua APP – Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități are ca scop îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități prin angajarea de **Asistenți Personali Profesioniști (APP)** care să le sprijine în activitățile zilnice și să contribuie la integrarea lor socială.



De ce să devii Asistent Personal Profesionist (APP)?

- Loc de muncă stabil și venituri sigure
- Posibilitatea de a lucra la domiciliu

- **Formare continuă** pentru dezvoltare profesională
- **Sprijin și îndrumare** din partea echipei DGASPC
- **Îmbunătățirea calității vieții** persoanelor cu dizabilități

Căutăm persoane cu empatie, răbdare și dorința de a sprijini semenii aflați în nevoie!

Dacă îți dorești să desfășori activități de muncă la domiciliu în cadrul acestui proiect, te invităm să te alături inițiativei noastre!

Care sunt pașii pentru a deveni APP?

1. **Înscrierea în proiect**
Completezi formularul de înscriere și depui documentele necesare.
2. **Selectarea candidaților**
Vor fi evaluați cei care îndeplinesc cerințele minime. Vei fi informat cu privire la rezultate.
3. **Formare și atestare**
Vei participa la un curs de formare pentru a deveni APP, cu susținere din partea echipei DGASPC.
4. **Angajarea ca Asistent Personal Profesionist**
După obținerea atestatului, vei fi angajat în cadrul DGASPC Giurgiu

Ce va trebui să faci ca APP?

Activități pentru persoane adulte cu dizabilități:

- **Asistență zilnică** în activitățile de îngrijire personală, mobilitate, educație și recreere
- **Sprijin emoțional** și activități de încurajare a independenței
- **Monitorizarea progresului** persoanei asistate și colaborarea cu echipa DGASPC

Avantaje pentru tine:

- **Loc de muncă stabil**
- **Venituri sigure**
- **Formare continuă** și oportunități de dezvoltare personală
- **Posibilitatea de a lucra alături de o echipă multidisciplinară** constituită din specialiști
- **Sprijin constant** din partea echipei DGASPC

Cine poate aplica?

- Persoane care sunt motivate și doresc să sprijine persoanele cu dizabilități în activitățile zilnice
- Persoane cu abilități de comunicare și răbdare

Condiții minime necesare:

Candidatul trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- Are cetățenie română și domiciliul obligatoriu în regiunea de dezvoltare în care se implementează proiectul;
- Are vârsta minimă de 18 ani împliniți;
- Cunoaște limba română, scris și vorbit;
- A absolvit cel puțin 10 clase de învățământ, conform prevederilor legislației în vigoare (dovedite prin diploma/certificat de studii absolvite - pentru minim 10 clase, inclusiv cursuri de școală profesională, absolvită);
- Are cel puțin 5 ani până la împlinirea vârstei standard de pensionare, conform legislației în vigoare;
- Nu îndeplinește condițiile generale de pensionare în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii, timp de 18 luni de la finalizarea perioadei de implementare a proiectului, astfel cum este prevăzut în Cererea de finanțare și a Ghidului solicitantului;
- Are capacitate deplină de exercițiu, conform prevederilor legislației în vigoare, respectiv poate încheia în mod valabil acte juridice și poate să își asume obligațiile care decurg din participarea la activitățile din proiect;
- Nu are antecedente penale, fapt dovedit prin cazier judiciar în original, eliberat cu cel mult 6 luni înainte;
- Nu se află în evidențele Registrului național automatizat cu privire la persoanele care au comis infracțiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, instituit prin *Legea nr. 118/2019*, fapt atestat prin Certificatul de integritate comportamentală, emis de inspectoratul de poliție județean competent;
- Este apt(ă) din punct de vedere medical, având o stare de sănătate corespunzătoare, fără boli contagioase sau afecțiuni neuropsihice care ar putea împiedica participarea la activitățile din cadrul proiectului, fapt atestat prin adeverință medicală eliberată de medicul de familie (condiție obligatorie);
- Este de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal furnizate pe toată perioada implementării și sustenabilității proiectului;
- Își ia angajamentul în scris, pe proprie răspundere, că va participa la toate activitățile prevăzute în cadrul proiectului (formare, atestare, potrivire cu persoana cu dizabilități, angajare pentru o perioadă de cel puțin 18 luni ulterior angajării);
- Nu a mai participat la un alt proiect finanțat din fonduri nerambursabile sau de la bugetul de stat, care să fi avut activități de formare profesională pentru profesia de APP;
- Are disponibilitate, ulterior procesului de potrivire, pentru acordarea de îngrijire la domiciliul/reședința persoanei cu dizabilități, la domiciliul/reședința APP sau la o locuință agreată și aleasă de către persoana cu dizabilități, inclusiv într-o locuință din comunitate (socială sau incluzivă);

- Dispune de o cameră care poate fi pusă exclusiv la dispoziția persoanei cu dizabilități, în situația în care aceasta optează pentru acordarea îngrijirii și protecției la domiciliul APP (în acest context, membrii de familie ai APP urmând să facă dovada că nu au cazier judiciar, nu se află în evidențele Registrului național automatizat cu privire la persoanele care au comis infracțiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, fapt atestat prin Certificatul de integritate comportamentală, emis de inspectoratul de poliție județean competent și nu suferă de boli contagioase, afecțiuni neurologice și psihice, fapt atestat prin adeverință medicală eliberată de medicul de familie);
- Manifestă disponibilitate de adaptare la persoana cu dizabilități și pentru respectarea intimității acesteia, indiferent de locul în care APP prestează activitățile de îngrijire și protecție;
- Păstrează confidențialitatea cu privire la informațiile care privesc persoana cu dizabilități;
- Deține abilități de comunicare, empatie și relaționare, necesare activității directe cu persoane aflate în situații de vulnerabilitate;
- Are capacitatea de a gestiona eventualele situații dificile, conflictuale, provocări, care pot surveni în cadrul activităților de îngrijire și protecție;
- Are cunoștințe despre specificul activității de APP.

Dosarul de înscriere

Dosarul de înscriere în GT al APP va fi realizat cu sprijinul experților GT și va cuprinde următoarele documente:

- Cerere de înscriere (*Anexa nr. 1*);
- CV (Curriculum Vitae) actualizat, complet, clar și lizibil, semnat (asumat) cu mențiunea că informațiile sunt reale și corecte, care să includă: date de identificare personală (nume și prenume, data și locul nașterii, Codul Numeric Personal (CNP), domiciliu menționat complet, telefon, adresă de e-mail de contact, cetățenie, stare civilă), obiectivul profesional pentru care depune CV, recomandări (după caz), experiența profesională dobândită în locurile de muncă anterioare, studii, formare, competențe, alte informații relevante (ex. permis de conducere, alte cursuri de instruire, calificare, recalificare, precum și informații despre persoanele cu care locuiește (menționând numele și prenumele, data nașterii acestora și gradul de rudenie/fără grad de rudenie, eventual adresă de e-mail) (*Anexa nr. 8*);
- Acte de stare civilă: cartea de identitate (CI), certificat de naștere, certificat de căsătorie, hotărâre de divorț (dacă este cazul), alte documente, după caz (de exemplu, în cazul schimbării numelui), depuse în copie certificată "conform cu originalul";
- Dovada absolvirii a cel puțin 10 clase de învățământ, conform prevederilor legislației în vigoare (diploma/certificat de studii absolvite - pentru minim 10 clase, original și copie certificată "conform cu originalul");
- Formular de consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal în conformitate cu prevederile *Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)*- (*Anexa nr. 2*);
- Certificat de cazier judiciar valabil 6 luni de la data eliberării (inclusiv pentru fiecare dintre membrii familiei aflați în gospodărie, cu vârsta minimă de 14 ani împliniți, pentru situația în care îngrijirea și protecția persoanei cu dizabilități are loc la domiciliul/ reședința APP);
- Certificat de integritate comportamentală valabil 6 luni de la data eliberării; (în situația în care APP își va desfășura activitatea la domiciliul/reședința sa, vor fi solicitate Certificate de integritate comportamentală și pentru ceilalți membrii aflați în gospodărie și care au vârsta minimă de 14 ani, împliniți);
- Adeverință medicală privind starea de sănătate, eliberat de medicul de familie (cu specificarea că nu este în evidență cu boli transmisibile și boli neuropsihice) și de cabinetul de medicina muncii, care să ateste faptul că este apt să desfășoare profesia de APP;
- Declarație cu privire la opțiunea privind forma de îngrijire și disponibilitate (*Anexa nr. 12*).
- Declarație pentru luare la cunoștință a specificului activității de APP și privind motivația personală (*Anexa nr. 13*).
- Acordul de prelucrare a datelor personale și participare în grupul Whatsapp (*Anexa nr. 14*).
- Declarație cu privire la evitarea dublei finanțări (privind faptul că nu a mai participat la un alt proiect finanțat din fonduri nerambursabile/bugetul de stat, cu aceleași activități de formare); (*Anexa nr. 15*).

- Declarație cu privire la exprimarea acordului pentru apartenența la GT al APP de a participa la toate activitățile din proiect, respectiv participarea la cursurile de calificare APP, atestarea, potrivirea cu persoana cu dizabilități, angajarea ca APP; (Anexa nr. 16).
- Declarație cu privire la respectarea confidențialității informațiilor referitoare la persoana/persoanele cu dizabilități și a eticii profesionale (Anexa nr. 17).
- Declarație pe propria răspundere, în formă autentică, a co-proprietarului/co-proprietarilor sau a proprietarului (în cazul închirierii sau al comodatului) privind acordul ca solicitantul să desfășoare activitatea de APP, cu adăugarea CI, în copie, ale acestora.
- Acordul membrilor familiei (persoane adulte) cu privire la primirea în locuință a persoanei cu dizabilități, după caz.
- Copie de pe titlul de proprietate/co-proprietate sau de pe contractul de închiriere sau comodat al locuinței, pe o durată de minimum 3 ani, dacă este cazul.
- Recomandări de la foști angajatori (dacă există), de la persoane relevante din comunitate (de ex. asistent social, primar, secretar general al primăriei, preot etc.).
- Copie după ultima Fișă de evaluare a performanțelor profesionale individuale pentru persoanele care au avut calitatea de asistent maternal profesionist/Fișă de evaluare socio-medicală pentru persoanele care au îngrijit persoane vârstnice.
- Evaluările periodice semnate de angajator (pentru persoanele care și-au desfășurat activitatea în alte domenii).



Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 1

CERERE DE ÎNSCRIERE

Subsemnatul/ Subsemnata,

_____, domiciliat/ă în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud. _____,

CNP _____, identificat/ă prin B.I./C.I. seria _____, nr. _____

Studii

Stare civilă

Profesia _____

Telefon _____

E-mail: shirley@shirley.com

Dețin certificat de calificare/competențe profesionale ca și Asistent Personal Profesional (APP)
DA/NU

Dacă răspunsul este NU, doriți înscrierea în calitate de participant în cadrul procedurii de selecție a grupului țintă aferent proiectului cu titlu "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS:339736 DA/NU

ANEXEZ la cerere documentele prevăzute la *punctul 2.2.5.- Dosarul de înscriere* din prezenta Metodologie.

Data

Nume și prenume / Semnătură

Notă: Prezenta cerere de înscriere se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea recrutarea,selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului “*Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități*”, Cod SMIS: 339736”.



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr.8

CV (CURRICULUM VITAE)

Date personale

Nume	
Prenume	
CNP	
Data nașterii	
Locul nașterii	
Telefon	
Adresă de e-mail	
Cetățenie	
Stare civilă	

Adresa:

Județ	
Localitate	
Adresa	

Reședința

Județ	
Localitate	
Adresa	

Locul de muncă vizat: ASISTENT PERSONAL PROFESIONIST

Nivel de educație

Studii gimnaziale, plus 2 ani de liceu/Școală profesională de 3 ani, absolvită

Studii liceale, fără diplomă de bacalaureat

Studii liceale, cu diplomă de bacalaureat

Studii postliceale

Studii superioare

Studii postuniversitare

Experiență profesională

Perioada	Funcția deținută	Instituția/Angajatorul	Principalele responsabilități

Formare profesională

Perioada	Furnizorul de formare	Diploma/Calificarea obținută

Competențe profesionale și abilități personale:

Limbi străine:

Disponibilitate pentru program flexibil / deplasări:

Permis auto:

Competențe informatice:

Recomandări disponibile:

Alte informații:

Persoane cu care locuiește:

Nume și prenume

Data nașterii

Grad de rudenie/Fără grad de rudenie

Subsemnatul/a.....declar că informațiile
prezentate în acest CV sunt reale și corecte.

Data:

Semnătură:



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 2

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul/subsemnata _____ domiciliat/ă în
localitatea _____, județul _____ str. _____
_ bl. _____, sc. _____, etaj. _____, ap. _____, posesor/posesoare a/al CI seria _____, număr
_____, eliberat de _____, la data de
_____, CNP _____ în calitate de participant în cadrul

procedurii de selecție a grupului țintă, îmi exprim consimțământul, cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal, în vederea întocmirii și transmiterii dosarului de candidatură pentru înscrierea ca grup țintă în cadrul proiectului **"Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"**, Cod SMIS: 339736.

Sunt de acord ca informațiile din documentele care alcătuiesc dosarul de candidatură să se prelucreze în scopul desfășurării tuturor acțiunilor necesare implementării/sustenabilității proiectului.

Sunt de acord să fiu fotografiat/(ă) și înregistrat/(ă) video pe parcursul cursului.

De asemenea, îmi dau consimțământul expres în legătură cu furnizarea datelor cu caracter personal către Ministerul Fondurilor Europene, Autoritatea de Management/Organismul Intermediar Regional - OIR, terți furnizori implicați direct în implementarea proiectului, autoritățile publice abilitate de lege sau cu care partenerii proiectului au încheiat protocoale de colaborare în scopul efectuării verificărilor necesare și monitorizării proiectului.

Am fost informat/ă că datele vor fi tratate cu confidențialitate și în condiții de siguranță precum și cu privire la drepturile prevăzute în Regulamentul 2016/679/UE privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data:

Nume și prenume:

Semnătură:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, recrutarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului **"Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"**, Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 12

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA OPȚIUNEA PRIVIND FORMA DE ÎNGRIJIRE ȘI DISPONIBILITATEA

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul _____ în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că:

1. Sunt de acord cu îngrijirea persoanei cu dizabilități identificate în cadrul procesului de potrivire și selectare, la următoarea locație (încercuți răspunsul dorit):

☐ La domiciliul meu, cu acordul proprietarului și al celorlalți locatari din imobil, dacă este cazul; DA / NU

☐ La domiciliul/reședința persoanei cu dizabilități; (**a se vedea dacă există există disponibilitate pentru a se deplasa și în altă localitate pentru a asigura suport/asistență/îngrijire persoanelor cu dizabilități la domiciliul acestora*); DA / NU

☐ La sediul unui locuințe incluzive/comunitate asigurate de către DGASPC P; DA / NU

☐ La imobilul indicat de către persoana cu dizabilități, altul decât locațiile susmenționate; DA / NU

2. Sunt de acord cu prestarea activității de APP și în tură de noapte (interval 22.00-06.00), în funcție de nevoile persoanei cu dizabilități, după caz DA/NU,

pe perioada de implementare a proiectului "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS : 339736, precum și pe perioada de asigurare a sustenabilității proiectului.

Datele din prezenta declarație, sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 13

**DECLARAȚIE PENTRU LUARE LA CUNOȘTINȚĂ A SPECIFICUL ACTIVITĂȚII ASISTENTULUI
PERSONAL PROFESIONIST (APP) ȘI MOTIVAȚIE PERSONALĂ**

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul _____ în
Localitatea _____, Str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
et _____, ap _____, Județul/Sector _____, CNP _____,
posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____,
declar prin prezenta că:

Am luat la cunoștință de specificul activităților în cadrul proiectului "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS : 339736, respectiv:

- Obiectivele generale și specifice ale proiectului;
- Condițiile de identificare, recrutare și monitorizării a activității;
- Atribuțiile, responsabilitățile care îmi vor reveni ca viitor angajat ca asistent personal profesionist;

Declar că am înțeles conținutul celor menționate mai sus, că ma oblig la respectarea tuturor prevederilor comunicate de Expertul Grupului Țintă al DGASPC P _____ și că voi desfășura activitatea cu profesionalism și responsabilitate față de persoana/persoanele cu handicap.

Motivația mea pentru angajarea ca viitor APP este de a contribui la îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități și de a acorda suport/sprijin în integrarea lor socială.

Consider că participarea mea în cadrul acestui proiect reprezintă o oportunitate de a aduce o contribuție reală în comunitate.

Prezenta declarație a fost dată în deplină cunoștință de cauză și cu bună-credință.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit căroră falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și

monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață

independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 14

ACORD DE PRELUCRARE A DATELOR PERSONALE ȘI PARTICIPARE ÎN GRUP WHATSAPP

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, telefon: _____, e-mail: _____,

prin prezenta îmi exprim acordul expres și neechivoc pentru a fi inclus(ă) în grupul de WhatsApp intitulat „[denumirea grupului]”, creat în scopul facilitării comunicării și transmiterii de informații între membrii proiectului.

Declar că:

1. Am fost informat(ă) cu privire la scopul creării grupului de WhatsApp pentru o comunicare mai rapidă și eficientă a informațiilor legate de activitățile proiectului: formare, atestare, salarizare etc.
2. Înțeleg că participarea în acest grup de WhatsApp este voluntară și pot solicita în orice moment ștergerea mea din grup, însă sunt conștient(ă) că astfel pot pierde accesul rapid la informații relevante despre proiect.
3. Mă angajez să folosesc grupul de WhatsApp exclusiv pentru scopul proiectului, cu respectarea normelor de conduită și a confidențialității.
4. Înțeleg că datele și mesajele comunicate în cadrul grupului de WhatsApp pot fi vizibile tuturor membrilor acestuia.
5. Am fost informat(ă) că mesajele transmise prin grupul de WhatsApp nu înlocuiesc canalele oficiale de omunicare instituțională (email, adrese fizice etc.), ci le completează.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și Prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 15

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA EVITAREA DUBLEI FINANȚĂRI

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, având BI/ CI seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data _____, declar pe propria răspundere că:

- nu am mai participat la un alt proiect finanțat din fonduri nerambursabile/bugetul de stat, cu activități similare cu cele din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736, cofinanțat din Fondul Social European, prin Programul Incluziune și Demnitate Socială 2021-207, implementat de către Autoritatea Națională Pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu dizabilități, în calitate de Solicitant, în parteneriat cu Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale și cele 23 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului.

- înțeleg că participarea multiplă în proiecte care oferă același tipuri de formare profesională constituie o dublă finanțare, ceea ce contravine regulilor de implementare a proiectelor și atrage măsuri de excludere, recuperare a fondurilor sau alte sancțiuni legale.

Datele din prezenta declarație sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit căroră falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 16

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA EXPRIMAREA ACORDULUI PENTRU APARTENENȚA LA GT AL APP DE A PARTICIPA LA TOATE ACTIVITĂȚILE DIN PROIECT, RESPECTIV PARTICIPAREA LA CURSURILE DE CALIFICARE APP, ATESTAREA, POTRIVIREA CU PERSOANA CU DIZABILITĂȚI, ANGAJAREA CA APP

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că:

1. Îmi exprim pe această cale acordul expres și neviciat privind participarea la toate activitățile pe care le implică implementarea proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS : 339736, respectiv: depunerea documentației solicitate, întocmite în conformitate cu realitatea/originalarele, participarea la cursurile de calificare APP, parcurgerea etapelor pentru atestarea ca APP, potrivirea cu persoana cu dizabilități, angajarea de APP în cadrul DGASPC;

2. Îmi exprim pe această cale acordul expres și neviciat, precum și angajamentul privind desfășurarea activității ca APP în cadrul DGASPC P_____ pentru o perioadă de minimum 18 luni, ulterior finalizării perioadei de implementare a proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS 339736;

3. În cazul nerespectării uneia sau mai multor dintre aceste obligații în calitate de persoană selectată în cadrul grupului țintă al APP, mă angajez să returnez integral costurile aferente formării profesionale și participării la curs (transport, masă, subvenții etc.), conform prevederilor legale aplicabile.

Datele din prezenta declarație sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătură:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului „Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS: 339736”.



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 17

**DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA RESPECTAREA CONFIDENȚIALITĂȚII INFORMAȚIILOR REFERITOARE
LA PERSOANA/ PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI ȘI A ETICII PROFESIONALE**

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____,
str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
et. _____, ap. _____, județul/sector _____ CNP _____,
posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe
propria răspundere că mă angajez să respect confidențialitatea datelor și a documentelor uzitate
în cadrul activității mele ca persoană selectată pentru a fi formată, atestată și angajată ca APP,
precum și ca angajat în funcția de APP, pe perioada de implementare a proiectului „Rețeaua APP -
Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS :
339736, precum și pe perioada de asigurare a sustenabilității proiectului.

Datele din prezenta declarație, sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit cărora falsul în
declarații se pedepsește conform legii.

Data

Nume și prenume

Semnătură

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și
monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului „Rețeaua APP-Suport pentru o viață
independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS: 339736”.