



**ROMÂNIA**  
**JUDEȚUL HUNEDOARA**  
**CONSILIUL LOCAL AL ORAȘULUI SIMERIA**  
***Direcția de Asistență Socială Simeria***

335900, Simeria, Piața Unirii Bl.5 Parter, tel. 0254262076, fax. 0254262518

e-mail: [spas.simeria@gmail.com](mailto:spas.simeria@gmail.com), site: [www.primariasimeria.ro](http://www.primariasimeria.ro)

**Acord părinte/ reprezentant legal referitor la realizare evaluării/ reevaluării și planificării serviciilor fără participarea părinților/ reprezentanților legali**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ în calitate de părinte/ reprezentant legal al copilului

\_\_\_\_\_ cu domiciliul în orașul Simeria, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap.

\_\_\_\_\_, **declar că sunt de acord** cu evaluarea copilul meu de către personalul de specialitate al centrului în vederea acordării serviciilor sociale.

În situația în care din motive obiective nu voi putea participa la procesul de evaluare/reevaluare a nevoilor copilului:

- **sunt de acord**
- **nu sunt de acord**

ca acesta sa fie evaluat și în absența mea

Data

Semnătura