



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, site: 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 copilului 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