



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

Fișă de evaluare/reevaluare

A. Date solicitant

Nume și prenume: _____
Data și locul nașterii: _____ CNP: _____
Pregătire școlară/profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____

B. Date personale privind familia

Mama

Nume și prenume _____
Data și locul nașterii _____
Pregătire școlară- profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____

Tata

Nume și prenume: _____
Data și locul nașterii: _____
Pregătire școlară/profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____

Frați

Nume și prenume: _____
Data și locul nașterii: _____
Pregătire școlară/ profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____

Nume și prenume: _____
Data și locul nașterii: _____
Pregătire școlară/ profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____

Nume și prenume: _____
Data și locul nașterii: _____
Pregătire școlară/ profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____
Nume și prenume: _____

Data și locul nașterii: _____
Pregătire școlară/ profesională: _____
Ocupație: _____
Domiciliu: _____

C. Date despre mediul de viața al solicitantului (locuință, școală/serviciul relațiile cu colegii, etc.): _____

D. Dificultățile cu care se confruntă solicitantul și serviciile la care a apelat până în prezent: _____

E. Motivul solicitării serviciilor CCS : _____

F. Așteptările solicitantului de la CCS referitor la motivul expus: _____

G. Observații: _____

H. Recomandări: _____

Consilier :

Semnătura: _____

Data: _____

Părinte/ reprezentant legal:

Semnătura: _____

Data: _____

Minor (vârsta peste 10 ani):

Semnătura: _____

Data: _____

