



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 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".