

Alege să fii Asistent Personal Profesional pentru persoane cu dizabilități!



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027
Cod MySMIS: 339736

Prin implementarea proiectului, ANPPD, împreună cu DGASPC-urile partenere, contribuie la consolidarea unei rețele profesioniștii de sprijin, capabile să ofere servicii adaptate nevoilor persoanelor adulte cu dizabilități.

Proiectul se desfășoară în 21 de județe și două sectoare ale municipiului București, având un rol esențial în procesul național de prevenire a instituționalizării și de sprijinire a tranziției către viața independentă în comunitate.



Proiect cofinanțat de Uniunea Europeană

• **Titlul proiectului** - Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități

• **Editorul materialului** - Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

• **Data publicării**: Ianuarie 2026

Material distribuit gratuit

• **Contact**: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități (ANPPD)
Str. Gen. Constantin Budișteanu, nr. 28C,
etaj 1, sector 1, București, CP 010773

Website:

anpd.gov.ro/web/proiecte/proiecte-europene/reteaua-app/
E-mail: app@anpd.gov.ro
Telefon: +40 314 338 090/Tasta 4



Rețeaua APP

Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Parteneri: Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale și 23 DGASPC-uri din țară

Durata proiectului: 01.06.2025 – 31.05.2028
Valoarea totală: 69.366.700,86 lei

Finanțare nerambursabilă FSE+: 66.214.269,81 lei

MISIUNEA PROIECTULUI

Proiectul contribuie la crearea unei rețele naționale de suport centrată pe persoana pentru adulții cu dizabilități, oferind servicii profesionale de asistență personală care facilitează viața independentă, participarea activă și incluziunea socială în comunitate.



MINISTERUL MUNCII,
FAMILIEI, TINERETULUI ȘI SOLIDARITĂȚII SOCIALE
AUTORITATEA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



SCOPUL PROIECTULUI

Creșterea accesului la servicii de asistență personală profesionistă de calitate pentru 500 de persoane adulte cu dizabilități, pentru o viață independentă în comunitate și o mai bună incluziune socială.

În cadrul proiectului se dezvoltă o rețea funcțională de Asistenți Personali Profesioniști (APP) și se consolidează capacitatea institutiilor implicate în sprijinirea persoanelor cu dizabilități.



OBIECTIVELE PROIECTULUI

• Informare și conștientizare

Creșterea nivelului de informare privind dreptul la o viață independentă pentru minimum 500 de persoane adulte cu dizabilități.

• Dezvoltarea rețelei naționale de APP

Recrutarea, selecția, formarea, angajarea și salarizarea a 500 de Asistenți Personali Profesioniști.

• Îmbunătățirea cadrului legislativ

Actualizarea și revizuirea pachetului legislativ privind asistența personală.

• Consolidarea capacității instituționale

Sprijin acordat celor 23 DGASPC-uri partenere pentru dezvoltarea rețelei APP. (AG, BC, BT, BZ, CL, CT, DJ, GR, IL, IS, OT, MM, MS, NT, SB, SV, VL, VS, VN, TR, TM, București Sector 2, București Sector 4).

REZULTATE AȘTEPTATE

- Acces îmbunătățit la servicii de asistență personală profesionistă pentru 500 de persoane adulte cu dizabilități.
- Rețea națională APP extinsă și funcțională, capabilă să ofere servicii centrate pe persoană.
- Reducerea riscurilor de izolare, segregare și instituționalizare.
- Creșterea gradului de înțelegere a dreptului la viața independentă în comunitate.
- Impact pozitiv asupra calității vieții persoanelor adulte cu dizabilități și asupra familiilor acestora.



REȚEAUA DE ASISTENȚI PERSONALI PROFESIONIȘTI

—○ anunț de angajare ○—

Ce căutăm?

30 de persoane care vor fi recrutate, selectate și calificate în cadrul proiectului „Rețeaua APP – Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, urmând ca ulterior să fie angajate ca Asistenți Personali Profesioniști (APP).

Prin acest proiect, ne propunem să sprijinim respectarea dreptului la o viață independentă și integrarea în comunitate a persoanelor adulte cu dizabilități.

Ce beneficii ai ca APP?

- formare profesională gratuită și supervizare de specialitate
- salariu net lunar: 4.000 – 5.500 lei, în funcție de complexitatea cazului
- standardul de cost (lunar, 24 luni): 9309 lei - 9717 lei
- indemnizație persoană cu dizabilități: 496 (gr II) – 728 (gr I) lei
- concediu plătit și contribuții sociale

Documentele necesare

1. CV (Curriculum Vite) recent
2. Acte de stare civilă: cartea de identitate (CI), certificat de naștere, certificat de căsătorie, hotărâre de divorț (dacă este cazul)
3. Dovada absolvirii a cel puțin 10 clase (diploma/certificat de studii)
4. Certificat de cazier judiciar valabil 6 luni de la data eliberării (inclusiv pentru fiecare dintre membrii familiei aflați în gospodărie)
5. Certificat de integritate comportamentală
6. Adeverință medicală
7. Titlul de proprietate / contractul de închiriere sau comodat al locuinței
8. Recomandări de la foști angajatori / de la persoane relevante din comunitate

Vino în echipa APP dacă:

- vrei să te implici activ în sprijinirea persoanelor cu dizabilități
- ai între 18 și 55 de ani și nu ai antecedente penale
- ai studii de minim 10 clase
- ești o persoană responsabilă și empatică
- ai răbdare, autocontrol și echilibru emoțional
- ești dispus să iei o persoană cu dizabilități să locuiască la tine acasă

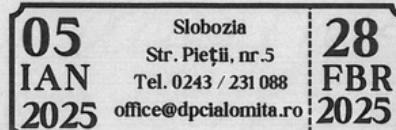
Detalii suplimentare:

Mariana Constantinescu

0726701672;

Alin Potinche

0722610853





Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Rețeaua Asistenților Personali Profesioniști



Suport pentru o viață independentă în comunitate
pentru persoanele adulte cu dizabilități

01



Scopul proiectului:

Sprijinirea persoanelor adulte cu
dizabilități în procesul de tranziție de
la centrele rezidențiale către un trai
independent și demn în comunitate.

CE URMĂRIM?

- ✓ Promovarea incluziunii sociale a
persoanelor cu dizabilități
- ✓ Formarea de asistenți personali
profesioniști în comunitate
- ✓ Sprijinirea persoanelor cu dizabilități
pentru o viață autonomă și activă

02



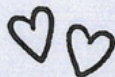
CUM POȚI AJUTA?



- ☞ Dacă dorești să devii asistent personal
profesionist, te poți înscrie și vei beneficia de
instruire gratuită și sprijin.
- ☞ Dacă știi persoane interesate, ajută-ne să
răspândim informația.
- ☞ Comunitatea are nevoie de implicarea ta!

03

Proiect derulat de:
Autoritatea Națională pentru Protecția
Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități
în parteneriat cu Ministerul Muncii, Familiei,
Tineretului și Solidarității Sociale
și DGASPC Ialomița.



Pentru detalii suplimentare:

Mariana Constantinescu, tel. 0726701672; Alin Potinche, tel. 0722610853



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. _____,
nr. _____ bl. _____, sc. _____, etaj. _____, ap. _____, posesor/posezoare 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/sustenabilitatii
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 Profesional
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".



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/sprrijin 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".



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. 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 2021-2027, 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 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. 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/originalile, 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".