

Nr. _____ / _____

**DE ACORD,
DIRECTOR GENERAL
PÂRVULESCU AURELIA-OANA**

CERERE

Subsemnatul _____ domiciliat în Arad,
Str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____,
Cartier _____, nr. telefon _____, identificat cu CI,
seria _____, nr. _____, eliberată de _____, având
CNP _____, în calitate de părinte al minorului
_____, solicit prin prezenta frecventarea prin Centrului
de zi pentru copii aflați în situație de risc de separare de părinți "Floare de Colț" din cadrul
Centrului multifuncțional "Floare de Colț" din subordinea Direcției de Asistență Socială
Arad, a minorului/minorei identificat cu _____, seria _____, nr. _____,
CNP _____.

Motivul pentru care solicit frecventarea centrului de zi , este următorul :

- ☐ Doresc să anexez adeverință medicală de la medicul de familie care să certifice starea de sănătate a copilului care va frecventa centrul.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 679 din 27.04.2016

Data

Semnătură

F-PSv-01-SCCS-21 Ediția 2

Durata medie de completare a formularului: 15 minute. Colectarea informațiilor se realizează conform prevederilor: Standardului 2 al OMMJS nr. 27/2019 pentru aprobarea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale de zi destinate copiilor, Anexei 2 la HCLM Arad nr. 317/2024 privind Regulamentul de organizare și funcționare al Centrului multifuncțional "Floare de Colț"