

## ANGAJAMENT

Subsemnatul(a) .....domiciliat(ă) în  
.....str.....  
.....nr. ....bl.....sc.....et.....ap....., însoțitor pentru  
persoana cu handicap.....domiciliată  
în.....str.....  
nr..... bl.....sc.....et..... ap.....,cu certificatul nr.:...../  
eliberat de Comisia de expertiză medicală/Comisia de evaluare complexă, declar  
pe propria răspundere că voi:

a) presta pentru persoana cu handicap grav toate activitățile și serviciile prevăzute în planul de recuperare pentru copilul cu handicap grav, respectiv în planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav;

b) trata cu respect, buna-credință și înțelegere persoana cu handicap grav și să nu abuzez fizic sau moral de sarea acesteia;

c) comunica direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv autorității publice locale, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare survenită în sarea fizică, psihică sau socială a persoanei cu handicap grav și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

d) comunica autorității publice locale orice deplasare în afara localității împreună cu persoana cu handicap grav ( control medical, tratament, internare în spital, etc.)

Data:

Semnătura: