

VIZAT
Medicul de familie
al bolnavului

RAPORT DE ACTIVITATE
pentru luna _____ 2010

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(a) in
Oradea, str. _____ nr. _____ bl. _____ ap. _____, tel. _____
angajat(a) al Consiliului Local al Municipiului Oradea - Administrația Sociala Comunitara,
in funcția de asistent personal pentru persoana cu handicap
grav _____ domiciliata in Oradea,
str. _____ nr. _____ bl. _____ ap. _____ tel. _____

Va aduc la cunoștință ca in perioada sus menționata am respectat atribuțiile prevăzute in
contractul individual de munca, respective am asigurat îngrijirea si supravegherea persoanei
cu handicap grav, după cum urmează :

OBSERVATII:
PROPUNERI:

SEMNATURA
asistentului personal

SEMNATURA
persoanei cu handicap grav
sau a reprezentantului legal

NOTĂ:

Asistentul personal are obligația de a preda acest raport de activitate în perioada 10 – 15 a lunilor ianuarie, martie,
mai, iulie, septembrie, noiembrie din an, la Compartimentul Resurse Umane Asistenți Personali si Indemnizații.

Acest raport va fi însoțit obligatoriu de actul de identitate in original atât al asistentului personal cat si al
bolnavului.

Asistentul personal are obligația sa sesizeze A.S.C.O. in termen de 48 de ore despre orice modificare survenita
in starea fizica, psihica sau sociala a persoanei cu handicap grav.