



**ADMINISTRAȚIA PUBLICĂ LOCALĂ
MUNICIPIUL BAIA MARE**

SERVICIUL PUBLIC ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Str. Dacia 1
430406, Baia Mare, România
Telefon: 40 262 211 949

Fax: 40 262 211 959
Email: spas@baimare.ro
Siteweb: www.spasbm.ro

DECLARAȚIE

Subsemnatul _____ nascut la data de _____ în
localitatea _____ declar pe propria raspundere ca sufar / nu sufar
de urmatoarele boli cu transmitere epidemiologica:

- Gripa, viroza respiratorie: DA NU
- Hepatita A, B, C: DA NU
- Oreion, pojar, rujeola, variola: DA NU
- Scabie: DA NU
- Tuberculoza: DA NU
- Altele (specificați) : _____

Data:

Semnatura:



**ADMINISTRAȚIA PUBLICĂ LOCALĂ
MUNICIPIUL BAI A MARE**

SERVICIUL PUBLIC ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Str. Dacia 1
430406, Baia Mare, România
Telefon: 40 262 211 949

Fax: 40 262 211 959
Email: spas@baiamare.ro
Siteweb: www.spasbm.ro

Proces verbal de predare - primire

Incheiat azi, data de _____._____.2014 intre asistent social/agent de paza
..... din cadrul
si..... din cadrul
.....

Azi am predat-primit minorul/adultul (nume/prenume)
cu domiciliul legal in / domiciliul de fapt in
.....

Ora: ____/____

Am predat,

Am primit,

SPECIMEN



**ADMINISTRAȚIA PUBLICĂ LOCALĂ
MUNICIPIUL BAI A MARE**

SERVICIUL PUBLIC ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Str. Dacia 1
430406, Baia Mare, România
Telefon: 40 262 211 949

Fax: 40 262 211 959
Email: spas@baiamare.ro
Siteweb: www.spasbm.ro

**Proces verbal de predare - primire
a rezidentilor din cadrul Centrului Social Multifunctional
Tip Azil de Noapte**

Incheiat azi, data de2014 intre asistent social/agent de paza si din cadrul si din cadrul, cu ocazia predarii-primirii urmatoarelor persoane transportate cu autovehicolul cu numarul de inmatriculare, apartinand

(Se mentioneaza numele/prenumele, CNP, adresa fiecărei persoane si starea de sanatate)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Identificati in zona

Ora:

Am predat,

Am primit,