*Anexa 11, Cod: UMFVBT-PS-DRU/59/2024-11*

Număr de înregistrare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aprobat Rector,

Prof.univ.dr. Octavian-Marius Crețu

**CERERE DE CONCEDIU DE ÎNGRIJITOR**

**în vederea oferirii de îngrijire sau sprijin personal unei rude sau unei persoane din aceeași gospodărie care are nevoie de îngrijire sau sprijin ca urmare a unei probleme medicale grave**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnatul/a | |  | | | | | | | | | , |
|  | |  | | | | | | | | |  |
| angajat/ă pe funcția de | |  | | | , în cadrul | |  | | | | , |
|  | | | | | | | | | | |  |
| în calitate de îngrijitor al: | |  | | | | | | | | | , |
|  | | | | | | | | | | |  |
| având următoarea problema medicală gravă: | | | |  | | | | | | | , |
|  | | | | | | | | | | |  |
| vă rog să-mi aprobați |  | | zile de concediu de îngrijitor, în perioada: | | | | |  | - |  | . |
|  | |  | | | | | | *de la data de (zi/lună/an)* |  | *până la data de (zi/lună/an)* |  |
| **Calitatea persoanei care are nevoie de îngrijire sau sprijin ca urmare a problemei medicale grave** | | | | | | | | | | |  |
| **menționate în relația cu subsemnata/ subsemnatul:** | | | | | |  | | | | |  |

■ Declar pe propria răspundere că în termen de cel mult 30 de zile lucrătoare de la data prezentei mă oblig să depun la DRU toate documentele prin care se face dovada faptului că persoana căreia îi ofer îngrijire sau sprijin este rudă sau o persoană care locuiește în aceeași gospodărie cu mine, precum și a existenței problemei medicale grave care a determinat solicitarea concediului de îngrijitor

**■** Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 și 11 și art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Îmi exprim consimțământul** |  | **Nu îmi exprim consimțământul** |  |

cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal din prezenta cerere și din documentația depusă pentru realizarea scopului prezentei solicitări.

■ Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semnătura solicitantului |  | Data: |  |

Pe durata concediului de îngrijitor atribuțiile mele de serviciu for fi preluate de:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(numele, prenumele și funcția înlocuitorului)* |  | *(semnătura înlocuitorului)* |

**Superiorul ierarhic al solicitantei/solicitantului,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |
|  |  |  |  |
| Funcția: |  |  |  |

**Avizat Direcția Resurse Umane - conform procedurii,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |