



## CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ARAD

*Direcția de Asistență Socială Arad*

*Serviciul protecția copilului și familiei*

România 310318 Arad • Str. Calea Radnei nr.250 • tel.+40-257-270582 • fax +40-257-270227  
e-mail: [protectie.minori@dasarad.ro](mailto:protectie.minori@dasarad.ro)



### ACORD DE CONSILIERE

- Psihologică \_\_\_
- Socială \_\_\_
- Juridică \_\_\_

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în  
\_\_\_\_\_, Str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_, Sc. \_\_\_\_\_, Ap. \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
eliberat de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_,  
având CNP \_\_\_\_\_ în calitate de:

- beneficiar
- părinte / tutore / reprezentant legal al minorului  
\_\_\_\_\_ având CNP \_\_\_\_\_, născut la data  
de \_\_\_\_\_, C.N. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_,  
la data de \_\_\_\_\_.

Prin prezenta sunt de acord / nu sunt de acord ca:

- să particip la ședințe de consiliere
- minorul să participe la ședințe de consiliere.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezentul acord vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016 / 679 27.04.2016.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura  
\_\_\_\_\_