

AVIZAT MEDIC

AVIZAT PRIMĂRIA

RAPORT DE ACTIVITATE
pe semestrul _____ anul _____

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul în localitatea _____
str. _____ nr. _____ îngrijitorul persoanei handicapate
_____ declar pe propria răspundere că în luna _____

mi-am achitat sarcinile de serviciu prevăzute în fișa postului, respectiv:

DA **NU**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Am respectat în tocmai clauzele contractului de muncă. | _____ | _____ |
| 2. Am asigurat alimentația corespunzătoare persoanei cu handicap | _____ | _____ |
| 3. Am pregătit și servit masa asistatului asigurând condițiile igienico-dietetice sanitare necesare precum și indicațiile de regim alimentar prescris de medic, respectând necesarul de calorii al principii alimentare necesare vârstei și bolii de care suferă persoana pe care o îngrijesc | _____ | _____ |
| 4. Am asigurat igiena corporală a asistatului, a lenjeriei de corp și pat, a articolelor de îmbrăcăminte, etc. | _____ | _____ |
| 5. Am asigurat întreținerea corespunzătoare a curățeniei în spațiul de locuit. | _____ | _____ |
| 6. Am asigurat și urmărit efectuarea tratamentului prescris de medici care constă din (enumerați medicamentele prescrise de medic) sesizând de urgență semnele de agravare a bolii, solicitând controlul medical de specialitate la domiciliu (de câte ori în luna respectivă). | _____ | _____ |
| 7. Am participat activ la crearea unor condiții normale de viață persoanei asistate prin crearea climatului afectiv necesare. | _____ | _____ |
| 8. Am luat la cunoștință de faptul că sunt obligat să-mi depun raportul meu de activitate lunar până cel târziu în data de 28 a lunii _____ și că în cazul încălcării clauzelor contractului de muncă și/sau a sarcinilor stabilite prin fișa postului voi răspunde disciplinar, material, civil sau penal după caz. | _____ | _____ |
| 9. Am respectat și sprijinit realizarea planurilor de recuperare indicate de specialiști (ergoterapie, terapie ocupațională _____)
Precizez că persoana pe care o îngrijesc urmează următoarele forme de recuperare _____ | _____ | _____ |

Data _____

Semnătura pers. angajate _____

Semnătura pers. handicapate _____