



Nr. ____ / _____

Cerere bursă socială (pentru motive medicale)

Doamnă/Domnule director,

Subsemnatul(a),....., posesor (posesoare) al (a) C.I./B.I., seria nr. eliberat de, la data de, având CNP....., domiciliat(ă) în, str., nr....., bl., sc. .., et., ap., în calitate de al elevului/elevei/elev major, din clasa a.....a, vă solicit acordarea **bursei sociale pentru motive medicale**, fiului meu/fiicei mele în anul școlar

Anexez prezentei cereri certificatul de încadrare în grad de handicap/certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5).

Menționez că fiul meu/fiica mea a fost luat/ă în evidență de către medicul de la cabinetul școlar/medicul de familie

Cunoscând prevederile Art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, confirm pe proprie răspundere că toate informațiile prezentate sunt corecte, exacte și complete.

Sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate de către unitatea de învățământ, în vederea soluționării prezentei cereri, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 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).

Data

Semnătura