



Nr. ____ / _____

Cerere bursă socială (pentru motive medicale)

Doamnă/Domnule director,

Subsemnatul(a),....., posesor (posesoare) al(a) C.I. seria nr. eliberat de, la data de, având CNP....., domiciliat(ă) în, str., nr....., în calitate de părinte/tutore al elevului/elevei, din clasa a.....a, vă solicit acordarea **bursei sociale pentru motive medicale**, fiului meu/fiicei mele în anul școlar 2026-2027.

Anexez prezentei cereri certificatul de încadrare în grad de handicap/certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5) și certificatul de naștere al copilului în cauză.

Adeverință despre contul bancar;

Copia despre actele de identitate ale părinților;

Menționez că fiul meu/fiica mea a fost luat/ă în evidență de către 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

Unitatea de învățământ....., în calitate de operator, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 și cu prevederile specifice aplicabile, respectiv Ordinul nr. 5518/2024 privind aprobarea Metodologiei-cadru de acordare a burselor.