



Nr. ____ / _____

*Cerere bursă socială (pentru motive medicale)***Doamnă 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 _____, din clasa a _____-a, vă solicit acordarea **bursei sociale pentru motive medicale**, fiului meu/fiicei mele, în anul școlar 2025-2026.

Anexez prezentei cereri:

- certificatul de încadrare în grad de handicap/certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5).
- certificatul de naștere al elevului/eleveii;
- actul de identitate al aparținătorului legal;
- contul IBAN emis de bancă/ extras de cont/ din aplicație.

Menționez că fiul meu/fiica mea a fost luat/ă în evidență de către medicul de la cabinetul școlar/medicul de familie - **acolo unde nu există medic școlar**.

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 Hotărârea nr. 732/2025 pentru aprobarea Metodologiei-cadru de acordare a bursei și cuantumul acestora.