

Cerere bursă socială (pentru motive medicale)

Doamna Director,

Subsemnatul(a), _____, posesor (posesoare) al(a) C.I./C.E.I./C.I.S., seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, având CNP _____, domiciliat(ă) în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, în calitate de _____ al elevului/eleveii _____, 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),
- Acte de identitate părinte/reprezentant legal,
- Certificat de naștere elev,
- cont IBAN (*Extrasul de cont/IBAN-ul se atașează doar pentru cererile noi sau în cazul în care contul bancar s-a modificat față de anul trecut*).

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

Telefon: _____

Data _____

Semnătura _____