

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/eleveii _____/elev major, 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).

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 burselor și cuantumul acestora.*