

Nr. ____/____

Cerere bursă socială (pentru motive medicale)

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 _____, 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.

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 _____