

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 2026-2027.

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).

Număr telefon: _____

Semnătura _____

Data _____