LICEUL TEORETIC DRĂGĂNEȘTI-VLAȘCA

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/elevei ……/elev major, din clasa a…..…a, vă solicit acordarea **bursei sociale pentru motive medicale,** fiului meu/fiicei mele în anul școlar ……..

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 evidenţă de către medicul de la cabinetul şcolar/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 soluţionării prezentei cereri, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor).

Data ..... Semnătura .....

Unitatea de învățământ Liceul Teoretic Drăgănești-Vlașca, în calitate de operator, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 și cu prevederile specifice aplicabile, respectiv Ordinul nr. 5518/2024 privind aprobarea Metodologiei-cadru de acordare a burselor.