



Nr. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Se aprobă,

**Cerere bursă socială**

*(pentru motive medicale/deficiențe/afectări funcționale produse de boli, tulburări sau afecțiuni ale structurilor și funcțiilor organismului, încadrate conform criteriilor din Anexa 1/O.M.S. și al M.M.F.P.P.V nr.1306/1883/2016)*

**Către,**

**COMISIA DE MANAGEMENT BURSE ȘCOLARE**

Subsemnatul(a), ....., domiciliat(ă) în ....., str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., în calitate de ..... al elevului/elevei ....., din clasa a .....-a, vă solicit acordarea **bursei sociale pentru motive medicale**, fiului meu/fiicei mele în anul școlar 2024-2025.

Telefon:.....

Anexez prezentei cereri:

- certificatul de naștere al elevului;
- CI parinte/tutore legal;
- certificatul de încadrare în grad de handicap/certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5)- cu luarea în evidență a medicului de familie;**
- cont IBAN.

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

- Declar că am fost informat că dacă elevul acumulează 10 sau mai multe absențe nemotivate într-o lună NU va primi bursa sociala pentru luna respectivă.

Data.....

Semnătura.....