*Către,*

Școala Gimnazială”Gaál Mózes” Baraolt

Doamnei Director/ Comisiei de management al burselor școlare

Subsemnatul(a), ......................................................................., posesor (posesoare) al (a) C.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 ,

din clasa 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).

- Cont bancar

Menționez că fiul meu/ fiica mea a fost luat/ ă în evidenţă de către medicul de la cabinetul şcolar/

*medicul de familie - acolo unde nu există medic şcolar.*

*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).*

Telefon …………………… Data .............................

Semnătura .................