



Colegiul Național „Sfântul Sava”

str. G-ral Berthelot, nr. 23, sector 1, cod. 010164, București, tel: 021/314.92.94; 021/ 312.68.21;

www.licsfsava.ro; e-mail: secretariatsfsava@gmail.com

Nr. înreg. _____

Cerere bursă socială motive medicale

DOAMNA 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....., Colegiul Național „Sfântul Sava”, vă solicit acordarea **BURSEI SOCIALE PENTRU MOTIVE MEDICALE**, fiului meu/fiicei mele în anul școlar

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- certificatul de încadrare în grad de handicap/certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5);
- alte documente doveditoare (dacă este cazul).

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

Data,

Semnătura,
