CERERE

PENTRU ACORDARE BURSĂ MEDICALĂ PENTRU ANUL ŞCOLAR 2025-2026

Subsemnatul (a), , CNP ,

BI/CI seria , nr. eliberat de , la data de , domiciliat în , în calitate de părinte / tutore al elevului înscris în clasa , anul şcolar 2025-2026, vă rog să binevoiţi a-i aproba acordarea, **în anul școlar 2025-2026**, a bursei de medicale pentru fiul/ fiica mea, conform Ordinului nr.732/2025, art.13 pct.1 lit.c și a anexei nr.1 la Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr.1306/1883/2016.

Declar pe propria răspundere că datele înscrise mai sus sunt reale şi corecte. În sprijinul acordării bursei medicale și a celor declarate mai sus, anexez:

* copie după certificatul de naștere al elevului
* certificat tip A5 eliberat de medicul specialist și avizat de medicul de cabinet școlar.
* o copie după cartea de identitate a părintelui titular de cont (în situația în care titularul contului nu este elevul).

Subsemnatul/Subsemnata,. , având

CNP ..........................................................., prin prezenta îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din data de 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date de către Școala Gimnazială Nr.1 Văculești și instituțiile abilitate.

Cunoscând prevederile art. 292 din Codul penal privind falsul în declaraţii, confirm pe propria răspundere că toate informaţiile prezentate sunt corecte, exacte, complete şi susţinute de actele autentice depuse. Mă angajez că, în cazul schimbării validităţii informaţiilor înainte de termenul legal pentru depunerea cererilor, să informez în termen de 15 zile conducerea Școlii Gimnaziale Nr.1 Văculești despre aceste schimbări.

Data Semnătura,