

**CERERE BURSĂ SOCIALĂ  
(ELEVI CARE AU DEFICIENȚE/AFECTĂRI FUNCȚIONALE, BURSĂ MEDICALĂ)  
Art. 10, 1e)**

**Domnule director,**

*Document care conține date cu caracter personal protejate de prevederile Regulamentului (UE) 2016/679*

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

1. Anexez documente doveditoare:

Certificat de naștere

Certificat de încadrare în grad de handicap

Certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5), cu luarea în evidență de către medicul de familie

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

Data:.....

Semnătura:.....

*Unitatea de învățământ prelucrează datele dumneavoastră personale în conformitate cu prevederile GDPR, în calitate de operator, și în conformitate cu prevederile specifice aplicabile: OME nr. 6238/2023 privind aprobarea Metodologiei-cadru de acordare a burselor școlare.*

*Datele dumneavoastră cu caracter personal sunt prelucrate pentru îndeplinirea obligațiilor legale care îi revin operatorului, conform articolului 6 alin. (1) litera c) și e) din GDPR.*