



COLEGIUL NAȚIONAL „GEORGE COȘBUC”

Docendo discimus

Cluj-Napoca, str. Avram Iancu nr.70-72/ tel-fax:0264 598040/e-mail:gcosbuc@gcosbuc.ro/www.gcosbuc.ro

Nr. _____/_____

Aprobat,

Președintele comisiei de burse

Diriginte _____

Prof.

Semnătura _____

CERERE PENTRU BURSĂ MEDICALĂ

Subsemnatul (a) _____, părinte/tutore legal al elevului/eleveii
_____, identificat (ă) cu CNP-ul (CNP elev) _____, din clasa
_____, an școlar _____, domiciliat în localitatea _____, strada
_____, nr. _____, ap. _____, jud. _____, telefon _____,
prin prezenta, vă rog să acordați fiului/fiicei mele bursă medicală pentru semestrul II.

Menționez că fiul/fiica mea suferă de _____.

Anexez următoarele acte doveditoare:

- 1) Certificatul eliberat de medicul specialist și avizat de medicul de familie/medicul de la cabinetul școlar;
- 2) Extras de cont banca Banca Transilvania pe numele elevului bursier ;

Declar pe proprie răspundere că informațiile de mai sus și actele doveditoare anexate corespund realității și iau la cunoștință că în caz contrar voi pierde dreptul la bursă pe toată perioada care urmează și voi suporta consecințele în vigoare (fals și uz de fals).

Am fost informat ca datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință ca informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de instituție cu respectarea

prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal,

și libera circulație a acestor date.

Data _____

Semnătura părinte _____

Către Comisia de Burse