



ȘCOALA GIMNAZIALĂ NR.6
TIMIȘOARA, STR.VULTURILOR
NR.89, TEL/FAX 0256456622
CUI 29116365

Nr. _____ / _____

Aprobat _____
Președintele comisiei de burse:

Către Comisia de Burse

**CERERE – PENTRU BURSĂ MEDICALĂ(Art.13 alin. (1) lit.c OME 738/4.09.2025),
OMS 1306/1883/2016**

Subsemnatul (a) _____, părinte/tutore legal
al elevului/eleveii _____, din
clasa _____, an școlar _____, domiciliat în localitatea
_____, strada _____, nr.
_____, ap._____, jud._____, telefon _____, prin
prezența, vă rog să acordați fiului/fiicei mele bursă medicală .

Menționez că fiul/fiica mea suferă de _____ .
Anexez următoarele documente:

1. Copie după C.I. a solicitantului;
2. Copie după certificatul de naștere al elevului;
3. Adeverință de la medicul specialist Tip A5, după caz
4. Certificat de încadrare în grad de handicap, după caz
5. Extras de cont.
6. Acord GDPR

Cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că informațiile de mai sus și actele doveditoare anexate corespund realității și iau cunoștință de faptul 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).

Data _____

Semnătura părinte _____