



MINISTERUL EDUCAȚIEI  
INSPECTORATUL ȘCOLAR JUDEȚEAN DÂMBOVIȚA

Colegiul Național Pedagogic „Constantin Cantacuzino” Târgoviște

Adresa: Târgoviște, strada George Cair, nr.3, județul Dambovița

Telefon/Fax: (0372) 716 596 / (0245) 218 453

E-mail: [colegiulcantacuzino.tgv@scolidb.ro](mailto:colegiulcantacuzino.tgv@scolidb.ro)

Web: [www.colegiul-cantacuzino.ro](http://www.colegiul-cantacuzino.ro)

Nr. .... / .....

**Doamnă Director,**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, domiciliat (ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_, et.\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_, județ / sector \_\_\_\_\_, posesor / posesoare al /a actului de identitate seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, părinte al elevului (ei) \_\_\_\_\_, înscris(ă) în clasa a \_\_\_\_\_, an școlar \_\_\_\_\_, vă rog să binevoiți a aproba acordarea **bursei de ajutor social – motive medicale**, conf. art. 15 alin. 1, **lit. c)** din OME nr. 5379/2022.

Atașez următoarele documente:

1. Copie certificat de naștere elev
2. Copie C.I elev (dacă este cazul)
3. Copie C.I reprezentant legal/tutore
4. Certificat medical eliberat de medicul specialist (tip A5) și avizat de medicul de familie/medicul de la cabinetul școlar; certificat de încadrare în grad de handicap
5. Extras de cont pe numele elevului (B.C.R sau B.T)

Declar pe proprie răspundere că informațiile prezentate mai sus sunt conforme cu realitatea.

**CONSIMȚĂMÂNT PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal prevăzute în cartea de identitate și cele din extrasul de cont, numai în scopul efectuării plății pentru beneficiarii bursei școlare.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Nr. telefon \_\_\_\_\_

**Doamnei Director al Colegiului Național Pedagogic “Constantin Cantacuzino” Târgoviște**