

Nr crt _____

Diriginte _____

Semnătura _____

Aprobat/Respins,

Președintele comisiei de burse

Director _____

Comisie burse:

Cerere bursă socială (medicală)

Către Comisia de Management al Burselor,

Subsemnatul _____, părinte/tutore/reprezentant legal al elevului/eleveii
_____, din clasa _____, an școlar _____, domiciliat
în localitatea _____, strada _____, nr. _____, ap. _____,
jud. _____, telefon _____, prin prezenta, vă rog să
acordați fiului/fiicei mele **bursă socială (medicală)**, conform **OME 6238/2023, Art. 10 (1) lit. e).**

Art. 10 (1) lit. e), pentru elevi care au deficiențe/afectări funcționale produse de boli, tulburări sau afecțiuni ale structurilor și funcțiilor organismului, încadrate conform criteriilor din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 1.306 / 1.883 / 2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora, cu modificările și completările ulterioare, și structurate tipologic conform aceluiași ordin.

Art. 10 (5) : Acordarea burselor sociale pentru motive medicale se face pe baza certificatului de încadrare în grad de handicap sau a certificatului eliberat de medicul specialist (tip A5), cu luarea în evidență de către medicul de la cabinetul școlar/medicul de familie.

Anexez următoarele acte doveditoare:

1. _____
2. _____
3. _____

Cont bancar _____, nume titular cont _____,

CNP titular cont _____

Declar pe propria răspundere că informațiile de mai sus și actele doveditoare corespund realității și iau la 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, _____

Semnătură părinte, _____