ANEXA nr. 9

Nr. înregistrare Facultate:

……din ……/……/……..

Cerere evaluare dosar de bursă socială pe criterii medicale

Doamnă/Domnule DECAN,

Subsemnatul(a)....., având

(se completează cu majuscule: NUMELE, INIȚIALA TATĂLUI, PRENUMELE)

CNP ....., născut(ă) la data de....., în localitatea ....., domiciliat(ă) în....., posesorul/posesoarea Cărții de Identitate cu seria:....., nr: ....., eliberată de către ..... la data de ....., student(ă) la Facultatea de Teologie Romano-Catolică, la programul de studii universitare de licență / masterat, specializarea ....., în anul ..... de studii, vă rog să-mi aprobați, pentru anul universitar 2026 - 2027, evaluarea dosarului pentru **bursa de ajutor social pe criterii medicale.**

1. În vederea obținerii dreptului la această categorie de bursă, declar pe propria răspundere că toate documentele justificative pe care le conține dosarul sunt conforme cu realitatea.

2. Sub sancțiunea Codului penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că datele înscrise mai sus sunt reale, corecte și cunosc faptul că declararea falsă atrage suportarea consecințelor legale.

3. Am luat la cunoștință de prevederile Regulamentului UE 2016/679 al Parlamentului european și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și sunt de acord cu prelucrarea datelor, așa cum este ea definită la art. 4, punctele 1 și 2.

Data:...../...../..... Semnătura studentului:.....