 Nr… ……

Aprobat
Președinte comisie burse
prof. .....
.....

Verifcat,
Membru comisie burse
prof. .....
.....

Către,
Comisia de management al burselor

Subsemnatul/a, ..., domiciliat/ă în.....,telefon..... părinte/tutore legal al elevului/elevei ...../elev/ă major/ă în clasa ..... la Liceul Sanitar „Vasile Voiculescu" Oradea, vă rog să aprobați acordarea **bursei de excelență olimpică II** fiului meu/fiicei mele pentru anul școlar 2024–2025, conform prevederilor **OME.5518/2024, art. 6. b.)** ***bursa de excelență olimpică II*** *se acordă elevilor de gimnaziu și liceu care obțin distincții, respectiv premiile I, II și III la olimpiadele școlare naționale organizate și finanțate de Ministerul Educației.*

Anexez următoarele documente (se vor bifa documentele care vor fi anexate cererii)**:**

- ☐ copie certificat de naştere/C.I. valabil elev;
- ☐ copie C.I. valabil părinte/tutore/reprezentant legal;
- ☐ copia diplomei obținute in competiție, în data de ..... aduse și în original pentru certificare în conformitate cu originalul.
- ☐ extras de cont la Bancă **deschis pe numele elevei/elevului beneficiar.**

Declar că în anul școlar 2023-2024 fiul /fiica mea (se vor bifa căsuțele corespunzătoare)

- ☐ nu a avut corigențe și
- ☐ a avut media 10 la purtare.

Mă angajez ca, în cazul în care survin modificări în actele atașate prezentei cereri (modificare acte identitate/stare civilă, adresă, expirare C.I, etc.), să depun documentele noi în termen de 5 zile de la primirea lor la Comisia de management al burselor. **Declar** că am luat la cunoștință că falsul în declarații este pedepsit conform codului penal în vigoare.

Am luat la cunoștință de drepturile prevăzute în Legea nr. 677/2001 și Regulamentul General nr. 679/27.04.2016 (intrat în vigoare în 25.05.2018) a Parlamentului European și Consiliul Uniunii Europene pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal, libera circulație a acestor date și **sunt de acord** cu prelucrarea lor în toate aplicațiile electronice folosite de Liceul Sanitar „Vasile Voiculescu" Oradea pe toată perioada de școlarizare a elevului/elevei și după absolvire și îmi asum responsabilitatea pentru opțiunile scrise în formular.

Data Semnătura

TERMEN DE DEPUNERE 03.10.2024