

ANEXA nr. 4

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul (a).....,
având CNP, născut(ă) la data de....., în
localitatea domiciliat (ă)
în
posesorul/posezoarea C.I. cu seria:, nr:, eliberată de
către la data de, student(ă) la Facultatea
de la programul de studii
universitare de licență / masterat, specializarea....., în anul de
studii, vă rog să-mi aprobați evaluarea dosarului pentru bursa de ajutor social pe criterii medicale,
pentru anul universitar _____.

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 pierderea
calității de student, restituirea eventualei bursei încasate și 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 :.....