



Nr. înregistrare Facultate:

..... din

ANEXA 8

Rezoluție DECAN**DOMNULE/DOAMNA DECAN,**

Subsemnatul

(a)....., având
CNPnăscut(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
....., 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 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

.....