**Cerere pentru acordarea bursei sociale medicale**

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, student(a) al(a) Facultății de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(pentru FMAM se va menționa specialitatea)*, în anul \_\_\_\_, seria \_\_\_\_, grupa \_\_\_\_, număr matricol\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa de email *(instituțională)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al CI seria \_\_\_ numărul \_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***vă rog să îmi aprobați acordarea bursei sociale pe motiv medical pentru anul universitar 2023-2024.***

***Atasez Referatul Medical obtinut de la Comisia de specialitate***

1. Îmi exprim ***acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea*** de către Universitatea de Medicină și Farmacie „Carola Davila” din București a următoarelor date cu caracter personal: adresa, locul nașterii, CNP, data nașterii, Cl serie și număr, telefon, e-mail, în vederea efectuarii platii bursei.

Sunt de acord cu prelucrarea ulterioară a datelor mele cu caracter personal în scopuri de arhivare.

Data Semnătura