

Secretariatul Facultății de _____

Confirmăm datele referitoare la înmatriculare a studentului/studentei,

Numele și prenumele _____

Semnătura _____

Data _____

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____ⁱ student la Facultatea de _____, Specializarea _____, în anul _____, grupa _____, media _____, număr de credite _____, CNP _____, BI/CI seria _____, nr. _____, nr. matricol _____, vă rog să binevoiți a-mi aproba acordarea în anul universitar 20____/20____, a bursei sociale pentru studenții suferinzi de boli grave conform Art. 6, aliniatul 2, litera b) din OMEN 3392/27.02.2017. Solicit această bursă având în vedere diagnosticul medical : _____.

- I) În vederea obținerii dreptului de bursă socială, atașez certificatul medical emis de medicul specialist în care se prezintă evoluția și tabloul clinic al problemei medicale de care sufăr.
- II) Am luat la cunoștință faptul că Universitatea Maritimă din Constanța virează bursele în conturi personale de card (BRD/ING).
- Am cont de card nr. _____, deschis la Banca _____.
 - Nu am cont de card și, în eventualitatea că dosarul de bursă socială va fi aprobat, voi deschide un cont de card și voi comunica la Secretariatul facultății numărul acestuia și banca la care a fost deschis.
- III) Declar pe propria răspundere că datele înscrise mai sus sunt reale, corecte și cunosc faptul că declarațiile false atrag pierderea calității de student, restituirea bursei încasate și suportarea consecințelor legale. Sunt de acord cu verificarea ulterioară a documentelor depuse la dosar.
- IV) Am luat la cunoștință că necompletarea unor rubrici sau completarea eronată va avea drept consecință respingerea dosarului.

Sunt de acord ca datele cu caracter personal conținute de această Cerere să fie prelucrate de Universitatea Maritimă din Constanța în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Am luat la cunoștință de faptul că în baza Regulamentului (UE) 2016/679 am dreptul de acces, intervenție și opoziție asupra acestor date personale, formulând o cerere scrisă, datată și semnată.

Am înțeles că pentru mai multe detalii și informații pot contacta Responsabilul cu protecția datelor cu caracter personal, direct sau la adresa dpo@cmu-edu.eu, sau pot fi accesate paginile de internet ale Universității: <https://cmu-edu.eu/dpo/> <https://cmu-edu.eu/admitere> - „Notă de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal” sau ale Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal. București, Bulevardul General Gheorghe Magheru 28-30, Sector 1, cod postal 010336, Romania, e-mail: anspdc@dataprotection.ro, dpo@dataprotection.ro, Fax: +40-241-617260, Tel: +40-241-664740, Web: <http://www.dataprotection.ro>.

Data: _____

Semnătura _____

ⁱ Se completează cu majuscule numele, inițiala tatălui și prenumele.