



Nr. înregistrare Facultate:

.....din ...../...../.....

**Rezoluție DECAN**

**Domnule DECAN,**

Subsemnatul (a)....., având  
CNP .....născut(ă) la data de....., în localitatea  
....., domiciliat (ă) în.....,  
posesorul/posesoarea C.I. cu seria: ....., nr: ....., eliberată de către .....  
la data de ....., student(ă) la Facultatea de Drept 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 semestrul al II-lea, anul universitar 2024/2025.

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 :.....