

**CERERE**  
pentru acordarea alocației de stat pentru copii  
în cazul tinerilor care au împlinit vârsta de 18 ani și urmează cursurile învățământului liceal sau profesional

## A. Subsemnata (ul),

Numele și prenumele																
Cod numeric personal																
Adresa: Str.																
Nr.				Bl.				Sc.			Ap.			Sector		
Mun./oraș/com.																
sat																
Județul																
Telefon											Fax					
E-mail																
Actul de identitate <sup>1)</sup>				Seria				Nr.								
Eliberat de secția de poliție																
Elev la	L I C E U L T E O R E T I C															
	S A N I T A R B I S T R I T A															
În anul	2 0 2 3 - 2 0 2 4															

Vă rog să-mi aprobați acordarea alocației de stat

Doresc să primesc aceste drepturi:

- la domiciliu prin mandat poștal\* - în cont personal\* Nr. 

Deschis la banca \_\_\_\_\_

- în cont de card\*\* Nr. 

Deschis la banca \_\_\_\_\_

\* se bifează cu „X” căsuța corespunzătoare

\*\* se atașează extrasul de cont de la deschiderea contului

- B. Declar pe propria răspundere că nu repet anul școlar<sup>2)</sup>.
- C. Mă oblig să aduc la cunoștința direcției de muncă și protecție socială orice modificare intervenită în situația mea, care poate conduce la încetarea dreptului la alocația de stat pentru copii, în termen de 15 zile de la data modificării.
- D. Prin semnarea prezentei am luat la cunoștință că cele declarate sunt corecte și complete, iar declararea necorespunzătoare a adevărului se pedepsește conform legii penale.

Data

\_\_\_\_\_

Semnătura solicitantului

\_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> În cazul cetățenilor români se va specifica tipul de act de identitate:

- B.I. - buletin de identitate  
- C.I. - carte de identitate  
- C.I.P. - carte de identitate provizorie

Pentru cetățenii străini sau apatrizi:

- C.I. - carte de identitate  
- L.S.T. - legitimație de ședere temporară  
- D.I. - document de identitate.

<sup>2)</sup> În situația în care anul școlar se repetă din motive medicale se va atașa la cerere actul/actele medicale care dovedesc acest lucru

Subsemnatul \_\_\_\_\_ prin prezenta declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de ANPIS/AJPIS cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, și libera circulație a acestor date.

Semnătura,

\_\_\_\_\_