**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА СУ за ХНИ „КОНСТАНТИН ПРЕСЛАВСКИ” - ВАРНА**

**З А Я В Л Е Н И Е**

ЗА ПРИЗНАВАНЕ НА ЗАВЪРШЕН ПЕРИОД ИЛИ КЛАС ПО ДОКУМЕНТИ, ИЗДАДЕНИ ОТ УЧИЛИЩА НА ЧУЖДИ ДЪРЖАВИ

|  |
| --- |
| ЛИЧНИ ДАННИ НА ПОДАТЕЛЯ |
| Име: |  |
| Презиме: |  |
| Фамилия: |  |
| В качеството си на: |  |
| ЕГН (ЛНЧ)/ ЛИН /Дата на раждане:  |  |
| Адрес за контакт: | град:пощенски код: ул./бул./ж.к. бл„ вx., ет.; ап. тел.:ел. поща: |
| Заявявам желанието си да бъдат разгледани документите на: |
| ЛИЧНИ ДАННИ НА ЛИЦЕТО |
| Име: |  |
| Презиме: |  |
| Фамилия: |  |
| Гражданство: |  |
| ЕГН (ЛНЧ)/ ЛИН / Дата на раждане: |  |
| Адрес за контакт: | град:пощенски код: ул./бул./ж.к. бл., вх., ет., ап. тел.:ел. поща: |

Лицето е завършило \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ клас в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименоваие и местонахождение на училището, държава)

през \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ година.

Желанието нa родителя/настойника е ученикът да продължи обучението си
в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ клас на българско училище.

|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИ ДОКУМЕНТИ |
| 1. Документ за училищно образование - оригинал |  бр |
| 2. Документ, уточняващ, правата, давани от документа за училищно образование - оригинал |  бр |
| 3. Справка на изучаваните учебни предмети с хорариума на учебните часове и поставените оценки, ако не са вписани в посочените по-горе документи |  бр |
| 4. Удостоверение за раждане - копие |  бр |
| 5. Превод на български език на документите по т. 1, 2, 3 и т. 4 |  бр |
| 6. Удостоверение за настоящ адрес (за чужди граждани) - копие |  бр |
| 7. Други: ………………………………………………………………………………….. |  бр |

|  |
| --- |
| ДОПЪЛНИТЕЛНИ ДАННИ ОТНОСНО ОБУЧЕНИЕТО НА ЛИЦЕТО |
| Завършените класове по учебни години и в какво училище (българско или на д*руга държава*): |
| № | УЧЕБНА ГОДИНА | КЛАС | УЧИЛИЩЕ | ДЪРЖАВА |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

Предоставяйки тези данни, давам съгласие СУ за ХНИ „Константин Преславски“, град Варна да ги използва за нуждите на училището, във връзка с осъществяване на процедурата по признаване на завършен период или клас и продължаване обучението на посоченото лице.

Предоставената от заявитвля информация и лични данни ще бъдат обработвани и съхранявани в СУ за ХНИ „Константин Преславски“, град Варна, според изискванията на Закона за защита на личните данни. Подателят на документите носи отговорност за верността на вписаните данни*.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

град Варна /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 имена на заявителя