ДО

НАЧАЛНИКА НА РУО – СОФИЯ -ГРАД

ГР./С.

ЗАЯВЛЕНИЕ

за допускане до държавни зрелостни изпити (ДЗИ)

От

(име, презиме и фамилия)

ЕГН/ЛНЧ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

живущ(а) в гр./с. , община.

област , ж.к./ул. №\_

бл. , вх. , ет. , ап. , тел. за контакти

на когото /която предстои да завърши / е завършил(а) клас

през учебната година

(пълно наименование на училището)

гр./с. , община , област.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО НАЧАЛНИК,

Желая да бъда допуснат(а) до държавни зрелостни изпити през сесия май – юни на учебната 2019/2020 година, както следва:

|  |  |
| --- | --- |
| ДЗИ | Наименование на учебния предмет, на цикъла от учебни предмети или на държавните изпити за придобиване на степен за професионална квалификация |
| ДЗИ по желание |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Запознат/а съм:

* с целта и средствата на обработка на личните ми данни (три имена, ЕГН, данни за контакт и данни за завършено средно образование/завършен етап), а именно организиране и провеждане на държавни зрелостни изпити (ДЗИ) съгласно действащите нормативни актове;
* с данните, които идентифицират администратора и координатите за връзка с него;
* с правото ми на достъп и на коригиране на събраните данни, както и с правото ми на жалба до надзорен

орган;

* че личните ми данни ще бъдат обработвани и съхранявани при спазване на разпоредбите на нормативните актове в областта на защита на личните данни и приложимото българско законодателство.

Прилагам копие от медицински документ № за заболяване:

и желая да бъда допуснат(а) до

*(посочва се видът на изпита според използваната номенклатура)*

Прилагам копие от диплома за средно образование №

Прилагам копие от удостоверение за завършен гимназиален етап №

Гр./с.

Дата:

*(подпис на заявителя)*

Длъжностно лице: