

класификация на информацията:  
Ниво 2, [TLP-AMBER]

ДО

ДИРЕКТОРА

НА \_\_\_\_\_

ГР./С. \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за допускане до изпит по чл. 104а, ал. 1 Наредба № 11 от 01.09.2016 г. за оценяване на резултатите от обучението на учениците

От \_\_\_\_\_  
(име, презиме и фамилия)

ЕГН/ЛНЧ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

живущ(а) в гр./с. \_\_\_\_\_, община \_\_\_\_\_,

област \_\_\_\_\_, ж.к./ул. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, бл. \_\_\_\_\_,

вх. \_\_\_\_\_, ет. \_\_\_\_\_, ап. \_\_\_\_\_, тел. за контакти \_\_\_\_\_,

завършил(а) XII клас/придобил средно образование през учебната \_\_\_\_\_ година

в \_\_\_\_\_  
(пълно наименование на училището)

гр./с. \_\_\_\_\_, община \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_,

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН/УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Желая да бъде допуснат(а) до полагане на изпит по чл. 104а, ал. 1 Наредба № 11 от 01.09.2016 г. за оценяване на резултатите от обучението на учениците през сесия \_\_\_\_\_ на учебната

(май - юни / август - септември)

\_\_\_\_\_ година, както следва:

Изпит по: (наименование на учебния предмет)	Вид подготовка (общообразователна/ профилирана), а в случай на полагане на изпит по чужд език - и ниво на чуждия език	Година на полагане на ДЗИ по същия предмет върху същия вид подготовка	Сесия (май- юни/август септември), на която е положен ДЗИ	Положен като: задължителен ДЗИ/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 гимназиален 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 бъде допуснат(а) до \_\_\_\_\_  
(посочва се видът на изпита според използваната номенклатура)

Гр./с. \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Длъжностно лице: \_\_\_\_\_  
(име, фамилия и подпис)

\_\_\_\_\_  
(подпис на заявителя)