

ДО  
ДИРЕКТОРА  
НА \_\_\_\_\_  
ГР./С. \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
за допускане до изпит/и за валидиране на компетентности по чл. 167, ал. 1, т. 2 от ЗПУО

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

ЕГН/ЛНЧ

живуц(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/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 изпит/и за валидиране на компетентности по реда на допълнителните ДЗИ през

сесия \_\_\_\_\_ на учебната \_\_\_\_\_ г. по учебния/те предмет/и, както следва:  
(май - юни/август - септември)

Изпит по: (наименование на учебния предмет)	Вид подготовка (общообразователна/ профилирана)	Ниво на чуждия език, на което ще се полага изпитът по чужд език

**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;

- че в съответствие с нормативната уредба резултатите от изпитите за валидиране на компетентностите не се вписват в дипломата за средно образование, а в отделен документ - удостоверение за валидиране на компетентности по учебен предмет по реда на допълнителните ДЗИ.

Прилагам копие от документ, удостоверяващ платена такса съгласно Тарифата за таксите, които се събират в системата на предучилищното и училищното образование, приета с ПМС № 195 от 08.09.2017 г. (обн., ДВ, бр. 75 от 2017 г., изм. и доп. ДВ, бр. 54 от 25.06.2024 г.)

Прилагам копие от медицински документ № \_\_\_\_\_ за заболяване: \_\_\_\_\_

и желая да бъде 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: \_\_\_\_\_  
(име, фамилия и подпис)