

ЗАЯВЛЕНИЕ

за допускане до държавни зрелостни изпити (ДЗИ)

От _____
(име, презиме и фамилия)

ЕГН/ЛНЧ

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

живуш(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 **2019/2020** година, Гимназия с преподаване на чужди езици "Йоан Екзарх",

гр./с. ГР.ВАРНА, община ВАРНА, област ВАРНА,

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Желая да бъда допуснат(а) до държавни зрелостни изпити през _____

(май - юни/ август - септември)

сесия на учебната _____ година, както следва:

ДЗИ	Наименование на учебния предмет, на цикъла от учебни предмети или на държавните изпити за придобиване на степен за професионална квалификация
Първи задължителен ДЗИ	
Втори 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 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. ВАРНА

Дата: _____

_____ (подпис на заявителя)

Длъжностно лице: _____
(фамилия и подпис)