



СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „СВЕТИ КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“  
ГРАД АКСАКОВО, ОБЛАСТ ВАРНА

ул. „Митко Палаузов“ № 27<sup>А</sup>; тел: 052/762081; 052/763281; e-mail: kliment@souaksakovo.com

Вх. № .....

ДО ДИРЕКТОРА НА  
СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“  
ГР. АКСАКОВО

**З А Я В Л Е Н И Е**  
за издаване на дубликат на

.....  
*вид документ (удостоверение, свидетелство, диплома)*

ОТ ..... ЕГН.....  
*име, презиме, фамилия*

завършил .....  
*клас, етап, степен на образование*

.....  
*профил, професия, специалност*

през учебната ..... / ..... година в .....  
*вид, наименование и местонахождение на институцията*

Издаването на документа се налага поради следните причини: .....

Приложени документи: .....

За контакти: телефон ....., e-mail .....

Пълномощно № .....  
на .....  
*име, презиме, фамилия*

Предоставяйки тези данни, давам съгласието си СУ „Св. Климент Охридски“, гр. Аксаково да ги използва за издаване на документа. Посочената информация ще бъде обработвана и съхранявана в СУ „Св. Климент Охридски“, гр. Аксаково според изискванията на Регламент ЕС 2016/679 и прилагането му в образователната институция в съответствие със Закона за защита на личните данни

Дата: .....

гр./с.....

Подпис:.....

Име, фамилия .....