



Вх. №.....

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

за валидиране на компетентности в съответствие с изискванията за завършване на клас, етап или основна степен на образование

_____ (име, презиме и фамилия)

живущ(а) в гр./с. _____, община _____,
област _____, ж.к./ул. _____ № _____,
бл. _____, вх. _____, ет. _____, ап. _____, тел. за контакти _____,
завършил(а) _____ клас/етап или основна степен на образование през учебната _____ година в

_____ (пълно наименование на училището)

гр./с. _____, община _____, област _____,

Уважаеми господин/госпожо Директор,

1. Желая да валидирам компетентности за

_____ (клас, етап или основна степен на образование)

2. Желая да валидирам компетентности по следните учебни предмети:

Наименование на учебния предмет
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



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

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

Прилагам копие от удостоверение за завършен клас/етап или основна степен на образование

№ _____, издадено от _____ на _____

Гр./с. _____

Подпис: _____

Дата: _____