



СРЕДНОУЧИЛИЩЕ „ВАСИЛ ЛЕВСКИ”

гр. ВЪЛЧИ ДОЛ общ. ВЪЛЧИ ДОЛ обл. ВАРНА

тел.: 05131 2248

email: su_v.levski@abv.bg

Входящ номер _____

**ДО
ДИРЕКТОРА НА
СУ ”ВАСИЛ ЛЕВСКИ”
гр. ВЪЛЧИ ДОЛ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

(име, презиме и фамилия)

живуц(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. Желяя да валидирам компетентности за

(клас, етап или основна степен на образование)

2. Желяя да валидирам компетентности по следните учебни предмети:

Наименование на учебния предмет
3.
4.
5.
6.

7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.

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

№ _____, издадено от _____ на _____

Гр./с. _____

Подпис: _____

Дата: _____