



СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „МАКСИМ РАЙКОВИЧ“

гр. Лясковец 5140, ул. „Манастирска“ №1, тел. 0619/ 2 20 95, факс 0619/2 20 95
e-mail: info-300507@edu.mon.bg, <https://su-mrlc.com>

ДО ДИРЕКТОРА
НА СУ „МАКСИМ РАЙКОВИЧ“,
ГР. ЛЯСКОВЕЦ

З А Я В Л Е Н И Е

От

/Име на ученика/

роден/а на, месторождение:

Адрес: гр./с., ул.....

тел. за връзка

Личен лекар:....., тел.:.....

Родител

/Име на родителя, настойника/

тел. за връзка

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желание да бъда записан/а в за учебната 20...../20..... в повереното Ви училище

До момента съм е обучавал/а в

.....

и имам завършенклас/срок/

Декларирам съгласие личните данни на сина ми/дъщеря ми да бъдат обработвани от образователната институция при спазване на ЗЗЛД.

СУ „Максим Райкович“ обработва и защитава личните Ви данни, съобразно изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. и на Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД).

Дата:.....г,

Град Лясковец

С уважение:

Родител: