



Основно училище "Иван Вазов" – Силистра

7500 Силистра, ул."Добрич" 76, телефон/факс: 086 / 82 40 27, e-mail: ivazovsil@gmail.com

Вх. № /

ДО ДИРЕКТОРА
НА ОУ „ИВАН ВАЗОВ“
ГР. СИЛИСТРА

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.
8.
9.
10.
11.
12.

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

№ _____, издадено от _____ на

Гр./с. _____

Дата: _____

Подпис: _____