

**Специално училище за ученици с нарушено зрение
"Проф. д-р Иван Шишманов"**



9003 Варна, кв. Аспарухово, местност "Вилите"
тел.: 052/370 414, 052/370 415, тел./факс: 052/370 416
e-mail: udnz_100g@abv.bg, www.suunzvarna.com

ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУУНЗ „ПРОФ. Д-Р ИВАН ШИШМАНОВ“
ГР. ВАРНА

**ЗА Я В Л Е Н И Е
ЗА ДОСТЪП ДО ОБЩЕСТВЕНА ИНФОРМАЦИЯ**

от
(трите имена или наименованието и седалището на заявителя)

адрес:

.....

телефон за връзка:, ел. поща

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

На основание Закона за достъп до обществена информация, моля да ми бъде предоставена следната информация:

.....
.....
.....
.....

(описание на исканата информация)

Желая да получа исканата информация в следната форма:
(моля, подчертайте предпочитаната от Вас форма)

1. Преглед на информацията – оригинал или копие;
2. Устна справка;
3. Копие на хартиен носител;
4. Копия на технически носител
(дискета, CD, видеокасета, аудиокасета, факс, електронна поща)
5. Комбинация от форми -

Дата

Подпис.....