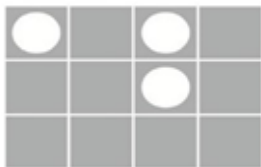


# Специално училище за ученици с нарушено зрение

## "Проф. д-р Иван Шишманов"



9003 Варна, кв. Аспарухово, местност "Вилите"  
тел.: 052/370 416, 052/370 415, 052/370 414  
e-mail: udnz\_100g@abv.bg, www.suunzvarna.com

ДО  
ДИРЕКТОРА  
НА СУУНЗ „Проф. д-р Иван Шишманов”  
ГР. ВАРНА

### З А Я В Л Е Н И Е

ОТ \_\_\_\_\_  
(собствено, бащино и фамилно име на родителя/настойника)  
живуц в гр./с. \_\_\_\_\_,  
община \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_  
ж. к./ул. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
бл. \_\_\_\_\_, вх. \_\_\_\_\_, ет. \_\_\_\_\_, ап. \_\_\_\_\_,  
тел. за контакти \_\_\_\_\_,

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Моля, в качеството ми на родител/настойник на \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ученик/чка от \_\_\_\_\_ клас в повереното  
Ви училище, да ми бъде издадено удостоверение за преместване на същия/ата.

Детето ми ще бъде записано като ученик/чка в училище \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
област \_\_\_\_\_, община \_\_\_\_\_, град \_\_\_\_\_.

Прилагам служебна бележка от приемащото училище, Изх. № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ г.

дата: \_\_\_\_\_

С уважение: \_\_\_\_\_  
(подпис на родителя/настойника)