



Вх. № \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г.

ДО

ДИРЕКТОРА

НА СПГСГ "Арх. Г. Козаров"

гр. Сливен

## ЗАЯВЛЕНИЕ

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

ОТ \_\_\_\_\_, ЕГН \_\_\_\_\_

(собствено, бащино и фамилно име на заявителя)

живущ(а) гр. \_\_\_\_\_, пощенски код \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_,

община \_\_\_\_\_, бул./ул./ж.к \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, бл. \_\_\_\_\_, вх. \_\_\_\_\_, ап.

\_\_\_\_\_ тел./факс \_\_\_\_\_, GSM \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

завършил(а) \_\_\_\_\_ клас/етап или основна степен на образование през учебната

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ година в \_\_\_\_\_

(пълно наименование на училището)

гр./с. \_\_\_\_\_, община \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_,

Дата \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ г.

С уважение: \_\_\_\_\_

(трите имена и подпис)