ЛОГО НА ОУ/СУ ПРОФ. ГИМНАЗИЯ

***Изх. № ..........................................***

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ГРАД ДОБРИЧ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от **..................................................................................................................................................**

 **/** *имената на директора* **/**

Директор на **................................................................................................................................**

 **УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Във връзка с чл. 56 и чл. 77 от Наредба № 11 от 01.09.2016 г. за оценяването на резултатите от обучението на учениците по организацията и провеждането на НВО по.................................. в ............ клас / ДЗИ по.................................... в ............. клас на ........................../дата/ и ............................. /дата/, заявявам желанието си да определите консултант от Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование град Добрич на ученика/ ците със СОП, който/ които ще положи/ положат изпити:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Име, презиме и фамилия** | **Клас**  |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

 **С уважение,**

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

Директор на .............................................................