

До Директора
на СУ за ХНИ „Константин Преславски”
Варна

З А Я В Л Е Н И Е

от _____
(трите имена на ученика)

ЕГН _____ ученик от _____ клас, през учебната
_____/_____/ година, тел. _____

Уважаеми господин Директор,

Желая да получавам месечна стипендия за подпомагане на ученик с трайни увреждания. Прилагам копие от решение на ТЕЛК/НЕЛК № _____

Предоставяйки тези данни, давам съгласие на СУ за ХНИ „Константин Преславски” - Варна да ги използва за нуждите на училището във връзка с осъществяване на всички дейности, свързани с отпускане и изплащане на стипендия по реда на Постановление № 328 от 21 декември 2017 г. за условията и реда за получаване на стипендии от учениците след завършено основно образование. Посочената информация ще бъде обработвана и съхранявана в СУ за ХНИ „Константин Преславски” - Варна и включена в база данни на училището според изискванията на Закона за защита на личните данни.

Дата:
гр. Варна

Ученик: _____
(подпис)

Родител, настойник/попечител: _____
(подпис)

(трите имена)

Ученикът няма наложени санкции по предложение на педагогическия съвет.

Класен ръководител: _____
(подпис)

(име, фамилия)