**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА ЧПГИТКН - ВАРНА**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*/трите имена*/

ЕГН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ученик от \_\_\_\_\_\_ клас, през учебната \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ година

Гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /статут на пребиваване за чуждите граждани/

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Ученик:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпис*

**Родител,**

**настойник/попечител**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпис трите имена*