гр. Бургас ул. “Христо Ботев” 42

тел/факс 817690- Директор
817694- Зам. директор
817693- Канцелария

web : http://ivazov-burgas.com
e-mail: info-200227@edu.mon.bg

ДО ДИРЕКТОРА НА
СУ „ИВАН ВАЗОВ”
гр. Бургас

З А Я В Л Е Н И Е

От .....

ЕГН: .....

Завършил/а/ .....

Домашен адрес .....

GSM: ..... **дом. телефон** .....

Господин Директор

Моля да бъда приет/а/ за ученик/чка в VIII-ми клас на СУ „ Иван Вазов”- гр. Бургас за учебната 2024 / 2025 година в професионална паралелка:
„Асистент на лекар по дентална медицина”

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. **Свидетелство за завършено образование**
2. **Служебна бележка за резултатите от изпитите чрез тест след завършен VII-ми клас**
3. **Медицинска бележка от личен лекар**

Дата: ……. **С уважение:** .....
гр. Бургас