ОУ „ Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“
С. ЦАРЕВЦИ

Ул. „Незабравка“ 5 *GSM 0888583090* *Ел. поща: info-400086@edu.mon.bg*

Вх. № -...../.....20..... г.

ДИРЕКТОРА
НА ОУ „ Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“
С.ЦАРЕВЦИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ.....
/трите имена/

ЕГН.....

Адрес.....,

Телефон..... GSM.....

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Моля да ми бъде издаден дубликат на свидетелство за завършено основно образование,

поради .....
/причини/

Завършила съм през.....г. ..... /клас/

Класен ръководител.....

Дата: .....

С уважение:.....

/подпис/