



ДО ДИРЕКТОРА
НА ЦПО КЪМ СДРУЖЕНИЕ
“ПАРТНЬОРИ – КС”
ГР. СОФИЯ

ЗАЯВЛЕНИЕ

за допускане до изпит за придобиване на професионална квалификация по част от професията

ОТ.....
(име, презиме и фамилия)

живущ(а) в гр./с....., община, област,
ж.к./ул., №, бл., вх....., ет., ап.....,
тел. за контакти, завършил/а курс за професионално обучение от дата20 г.
до дата20.... г. в Център за професионално обучение към сдружение „Партньори – КС“, гр.
София, общ. Столична, обл. София-град,

ГОСПОДИН (ГОСПОЖО) ДИРЕКТОР,

Желая да бъда допуснат(а) до изпит за придобиване на професионална квалификация по част от професията през сесия/ дата20.... г. на учебната20 г., определена в графика на Националната агенция за професионално образование и обучение, както следва:

ВИД ИЗПИТ	ИЗПИТНА ТЕМА	ПИСМЕН ТЕСТ
Изпит за придобиване на професионална квалификация – част теория	...*	...*

**Забележка: Посочва се желания формат на държавния изпит - част теория на професията: писмена работа по изпитна тема ИЛИ писмен тест, на която обучаемото лице желае да се яви, като в съответната колона се поставя отметка ✓*

Запознат/а съм:

- с целта и средствата на обработка на личните ми данни (три имена, данни за контакт и данни за придобитата степен на професионална квалификация), а именно организиране и провеждане на държавен изпит за придобиване на професионална квалификация, съгласно действащия ЗПОО и актовете по прилагането му;
- с правото ми на достъп и на коригиране на събраните данни, както и с правото ми на жалба до надзорен орган;
- че личните ми данни ще бъдат обработвани и съхранявани при спазване на разпоредбите на нормативните актове в областта на защита на личните данни и приложимото българско законодателство.

Прилагам копие от медицински документ № за заболяване:,
и желая да бъда допуснат(а) до устен изпит и/или да ми бъде осигурена подкрепяща среда:

.....
(удължено време, учител-консултант, преподавател-консултант, формат на изпита, самостоятелна зала)

Дата:

Заявител:.....
(име, фамилия и подпис)

