



ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛНА ОБРАЗОВАТЕЛНА ПОДДРЕПА – СТАРА ЗАГОРА

6000 гр. Стара Загора, ул. "Цар Иван Шишман" № 76, тел.: 042/ 62 38 18

e-mail: [info-2408151@edu.mon.bg](mailto:info-2408151@edu.mon.bg)

Вх. № .....

ДО ДИРЕКТОРА  
НА  
ЦСОП – гр.Стара Загора

## ЗАЯВЛЕНИЕ

за преминаване към електронна форма на обучение за период до 30 дни

ОТ .....

*/име, презиме, фамилия на родителя/ настойника на ученика/*

Родител/настойник на .....

*/име, презиме, фамилия на ученика/*

Ученик в..... клас на ЦСОП –Стара Загора за учебната 20...../ 20.....г.

### УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си синът/дъщеря ми/.....

*/ненужното се зачертава/* да се обучава в електронна среда от разстояние за период до **30 дни поради здравословни причини, удостоверени с приложените документи:**

1. Копия на документи, доказващи здравословното състояние на ученика/член на домакинството */ненужното се зачертава/* към датата на подаване на заявлението.
2. Копие на НЕЛК/ТЕЛК/ ЛКК. */ако са приложими/*, доказващо заболяването и/или текущия статус на ученика */член на домакинството /ненужното се зачертава/* с **определяне на временния риск от присъствено обучение.**

Дата: .....

С уважение: .....

гр. Стара Загора