*Образец № 6*

**ДО ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ ТЪРГОВИЩЕ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ………………………………………………………………………………………………..

родител на ……………………………………………………………………………………...

Адрес .…………………………………………………………………………………………..

Телефон ………………………………………………………………………………………..

**ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си детето ми ……………………………………..........................., обучаващо се в ..... клас/група на ....................................... училище/ДГ, гр./с. .................................. да бъде насочено за обучение в специално училище за обучение и подкрепа на ученици със сензорни увреждания.

Декларирам съгласието си да му бъде извършена оценка на индивидуалните потребности от специалисти от Регионалния екип за подкрепа за личностно развитие към Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Търговище.

Съглас**ен/на** съм изисвканата от мен информация, свързана с детето ми, да бъде съхранявана съгласно Закона за защита на личните данни и да се полза само и единствено от специалистите, ангажирани с грижите за детето и в най-добрия му интерес.

**Прилагам следните документи:**

1. Копие от удостоверение за раждане;
2. Копие от медицински, социални и др. документи /ЛКК, ТЕЛК, НЕЛКК…/;
3. Копие от карта за оценка на индивидуалните потребности /при наличието на такава/]
4. Копие на документи, свързани с обучението на детето……………………………..

Име, фамилия и подпис:.................................................................

Връка с детето:.........................