**СРЕДНО УЧИЛИЩЕ “ ВАСИЛ ЛЕВСКИ “**

**гр. Априлци, обл. Ловеч, ул.”Васил Левски” № 83**

**тел: 06958 - 23 33 ;32-73, e-mail : su.v.levski@gmail.com**

ДО ДИРЕКТОРА

НА СУ “ВАСИЛ ЛЕВСКИ“ ГР. АПРИЛЦИ

**З А Я В Л Е Н Е**

**За издаване на дубликат**

…………………………………………………………………………………………………

Вид документ ( удостоверение, свидетелство, диплома)

от………………………………………………………………………………………………

(име, презиме, фамилия)

Завършил………………………………………………………………………………………

(клас, етап,степен на образование)

 През учебна ………/……… година в …………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………

(вид , наименование и местонахождение на институцията)

………………………………………………………………………………………………..

Издаването на документа се налага поради следните причини:…………………………

………………………………………………………………………………………………..

Приложени документи:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

За контакти телефон:…………………………..e-mail:………………………………………

Пълномощно №………………………………………………………………………………

На:…………………………………………………………………………………………….

(име, презиме, фамилия)

Дата:……………….. Подпис:…………………….

Гр./с………………….. име, фамилия……………………….