

ОБЩИНА ВЕЛИКО ТЪРНОВО
АСИСТЕНТСКА ПОДКРЕПА

гр. Велико Търново, ул. "Филип Тотю" № 18, тел. 0882 267 707, 0882 451 510
E-mail: asistentska_podkrepa@abv.bg

Приложение 1

**ДО
УПРАВИТЕЛЯ НА
АСИСТЕНТСКА ПОДКРЕПА**

З А Я В Л Е Н И Е

от.....

ЕГН, л. к. №, изд. на
..... от МВР – гр., адрес: гр.(с)
....., ж. к., ул.
..... №....., бл....., вх....., ет....., ап.....,
телефон/и:

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН УПРАВИТЕЛ,

С настоящото заявявам желанието си да бъда назначен/а на длъжността.....

/изписва се пълното наименование на обявената длъжност, за която кандидатства лицето/

за предоставяне на социалната услуга „Асистентска подкрепа“.

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото Заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Прилагам следните документи:

1. Документ за самоличност (за справка);
2. Професионална автобиография;
3. Копие от документ за придобита образователно-квалификационна степен, която се изисква за длъжността;
4. Копие от документи, удостоверяващи продължителността на професионалния опит (ако е приложимо);
5. Декларация – по образец;
6. Други –

.....
Декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, които предоставям във връзка с изпълнението на заявената от мен административна услуга, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 (GDPR).

Дата:..... 2024 г.
гр. Велико Търново

С уважение,
подпис

/...../

име, фамилия на заявителя