Форма 2. Для выпускников прошлых лет, граждан, имеющих среднее общее образование, полученное в образовательных организациях иностранного государства

_____
(место регистрации)
_____

Заявление
об участии в итоговом сочинении

Я, ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(фамилия)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(имя)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(отчество)

Имею гражданство: (отметить нужный пункт знаком «×») ☐ Российской Федерации ☐ стран СНГ ☐ другого государства

Документ, удостоверяющий личность, _____ серия _____ № _____,
выдан _____ «_____»_____ г.,
дата рождения «___» _____ 19____ года, проживающий(-ая) по адресу: почтовый индекс _____,
город, район _____,
улица _____, дом _____, кв. _____,
телефон _____/_____/_____, СНИЛС № _____,
(домашний) (рабочий) (мобильный)

Являюсь *(отметить нужный пункт знаком «х»)*

☐ Выпускником прошлых лет, окончившим (-ей) в _____году образовательную организацию
_____
(полное наименование образовательной организации и ее местонахождение)

☐ Гражданином, имеющим среднее общее образование, полученное в образовательных организациях иностранного государства
_____
(полное наименование образовательной организации и ее местонахождение)

Имею документ об образовании_____

серия _____№ _____, выдан_____г.

подтверждающий получение *(отметить нужный пункт «х»)*

☐ среднего общего образования ☐ начального профессионального образования ☐ среднего профессионального образования

Прошу включить меня в число участников итогового сочинения в _____ 20___года
(указать месяц)

на территории _____**Вологодской области**
(наименование муниципального района/городского округа)

Прошу зарегистрировать меня

☐ без предоставления дополнительных условий

☐ с предоставлением дополнительных условий: увеличение продолжительности экзамена на 1,5 часа, организация питания и перерывов для проведения необходимых лечебных и профилактических мероприятий

К заявлению прилагаю *(отметить нужный пункт знаком «×»)***:**

☐ заключение психолого-медико-педагогической комиссии

☐ оригинал или заверенная в установленном порядке копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

Заявление принял:

_____/_____/_____/
(подпись) (ФИО) (должность, место работы)

☐☐ ☐☐ ☐☐

Регистрационный номер ☐☐☐☐