|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | Руководителю образовательной организации Чуриковой Е.Б. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Заявление на участие в итоговом собеседовании по русскому языку**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Я**, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *фамилия* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *имя* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *отчество (при наличии)* |
| **Дата рождения:** |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |

**Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Серия**  |  |  |  |  | **Номер** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

прошу зарегистрировать меня для участия в итоговом собеседовании по русскому языку.

Прошу создать условия для прохождения итогового собеседования по русскому языку, учитывающие состояние здоровья, особенности психофизического развития, подтверждаемые:

|  |  |
| --- | --- |
|  | копией рекомендаций психолого – медико – педагогической комиссии |
|  |
|  | оригиналом или заверенной копией в установленном порядке копией справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико – социальной экспертизы |
|  |
|  |
| *Указать дополнительные условия, учитывающие состояние здоровья, особенности психофизического развития* |
|  | Увеличение продолжительности итогового собеседования по русскому языку на 30 минут |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | *(иные дополнительные условия / материально – техническое оснащение, учитывающие состояние здоровья, особенности психического развития)* |

Даю согласие на обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152 – ФЗ «О персональных данных», для формирования и ведения региональной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации обучающихся, освоивших основные образовательные программы основного общего о среднего общего образования на территории Свердловской области, получения и обработки моих результатов.

С Порядком проведения итогового собеседования ознакомлен (ознакомлена).

Подпись заявителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контактный телефон:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Регистрационный номер**:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |