**ДЕКЛАРАЦИЯ**

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

Адрес: …………………………………………………………………………………………..

Тел: :……………………………………………………………………………….....................

 На основание Система на взаимодействие между педагогическите специалисти и служителите, децата и учениците и техните лични лекари в образователните институции на територията на област Плевен, изпратена с писмо РД-15-5155 от 12.06.2017 г. от РУО – Плевен

Декларирам, че личния лекар на детето ми: ………………………………………………………………………………………………….

 от група……………………………...

 е ………………………………………………….......................................................................

Тел:………………………………..

Работно време според местонахождението:

Понеделник:……………………………………………………………………………………

Вторник:………………………………………………………………………………………

Сряда:……………………………………………………………………………………….......

Четвъртък:………………………………………………………………………………………

Петък:…………………………………………………………………………………………

Дата:…………………….. Декларатор: …………………………………

 */подпис/*

с. Садовец …..………………………………….

 */име, фамилия на родителя /*