**Изх. №:**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА**

**НА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

Директор на …………………………………………………………………….................

(наименование на детската градина / училището)

 **УВАЖАЕМА** **ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си за осигуряване на **сензорен терапевт** за стартиране на процеса на предоставяне на допълнителна подкрепа за личностно развитие на …………………………………………………………. и във връзка със спецификата на индивидуалните потребности на детето.

 **Дата: С уважение:**

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

 (подпис и печат)