**ЗРАЗОК ЗАЯВИ**

Директору Молочанського

ОЗЗСО І-ІІІст

Романовій М.І.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(статус, прізвище, ім'я та по батькові заявника)

який(а) проживає за адресою

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса місця проживання)

контактний телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВА

Прошу Вас розглянути ситуацію, що склалась між \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(статус, прізвище, ім'я та по батькові особи, що зазнала знущань) (статус, прізвище, ім'я та по батькові кривдника)

на ознаки виявлення булінгу.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_