****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ИВАНОВ, ДМН**

**КОПИЕ**

**До**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „…………………………“**

**…………………………………………………………….**

**З А Я В Л Е Н И Е**

oт ………………………………………………………………………,

докторант в ……………………….. форма на обучение
по специалност „……….……………………………….“
към Катедра/ УС „……………………………………………………….“,

Факултет „……………………………“ на МУ – Варна.

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,**

Моля да ми бъде прекъсната докторантурата, съгласно чл.20 от ППЗРАСРБ и чл.51 от ПРАС на МУ-Варна, за ………………………........

 *(шест месеца/ една година)*

Заявлението е съгласувано с научният/те ми ръководител/и………………….. ………………………………… както и с Ръководител Катедра“…………………… „ -
 *(три имена)*

………………………………………………….

 *(три имена)*

Мотиви за исканото прекъсване са: ………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Задължавам се, 14 дни преди изтичане на посочения срок, да уточня статуса си в отдел „Докторантско училище“.

 С уважение:

 /…………………/

 Ръководител катедра:

 /………………../

 Научен ръководител:

 /……………….../

 Декан:
 /………………../

Становище на Научен/и ръководител/и : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Подпис:
 /………………../

Становище на Декан: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Подпис:

 /………………../