****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р ДИМИТЪР РАЙКОВ, Д.М.Н.**

**КОПИЕ**

**ДО**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „………………..“**

**КОПИЕ**

**ДО ОТДЕЛ „ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ“**

**КОПИЕ**

**ДО ИНЖ. ДАНИЕЛА ГОСПОДИНОВА**

**ОТДЕЛ „УЧЕБЕН“**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за УТОЧНЯВАНЕ НА СТАТУС И**

**ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

**В ДОКТОРСКА ПРОГРАМА**

oт ………………………………………………………………….,

докторант в …………... форма на обучение, тел..........., e-mail: ...............
по докторската програма „……………………“
към Катедра „ …………“

Факултет „ ……………“/ Филиал………… на МУ – Варна

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

Моля да ми бъде уточнен докторантския статус, съгласно *чл.51, ал.2* от ПРАС на МУ-Варна и да ми бъдат възстановени правата на докторант в …………… форма на обучение, по докторска програма „…………….“, към Катедра „……….“, Факултет „……………“ с научен ръководител ……………..........................

 С уважение: /………………/

Научен ръководител:

 /………………../

 Ръководител Катедра:

Дата: ………… /………………../