МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № .........................

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ИВАНОВ, Д.М.Н.**

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

*(име, презиме, фамилия по л.к.)*

адрес: …………………………………………………………………………………………...

телефон: ………………... e-mail: ………………………………., ЕГН: …………………….

месторабота: …………………………………………………………………………………...

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

Моля, да бъда зачислен/а в докторантура на самостоятелна подготовка по научната специалност „.............................” към Катедра/УНС “........................”, Факултет „…………..“ с работно заглавие на дисертационния труд: „..........................................................................”.

Прилагам следните **задължителни** документи:

1. Проект на дисертационен труд
2. Автобиография с подпис
3. Нотариално заверени копия на дипломи за завършено висше образование (ОКС „Бакалавър“ и ОКС „Магистър“ с приложенията към тях)
4. Копие на трудов договор с МУ-Варна *(ако има такъв)*
5. Снимки – 2 бр., паспортен формат (3,5 см/ 4,5 см)
6. Декларация за достоверност на представените документи

Прилагам следните **допълнителни** документи (неприложимото се изтрива):

1. Документ за придобита специалност - нотариално заверено копие
2. Списък с публикации с подпис
3. Други документи

Дата: …………. С уважение:

Град …………. /................................/