****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ИВАНОВ**

**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 „……………“

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

Моля да ми бъде удължена докторантурата, съгласно чл. 12 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)*

Задължавам се, 14 дни преди изтичане на посочения срок, да уточня статуса си в отдел „Научна дейност и кариерно развитие“.

 С уважение:

 /…………………/

Научен/ни ръководител/и:

 /………………../

Дата: ………… Ръководител Катедра:

гр. …………… /………………../