****



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № .................................

**До**

**РЕКТОРА НА МУ – Варна**

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ИВАНОВ, Д.М.Н.**

**КОПИЕ**

**До**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „………………..“**

**…………………………………………………..**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от ……………………………………………………………………………

докторант по специалност „………………………………………”, към Катедра/ УС„……………………….……“, Факултет „………….……“

 **УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

 **УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

 Моля, да ми бъде разрешено да променя формата си на обучение за придобиване на образователна и научна степен „Доктор” от *редовна /задочна* форма на обучение в ………………. форма на обучение.

 Молбата ми е съгласувана с Ръководител Катедра „………………..“ и научният/те ми ръководител/и – …………………………...…*(трите имена)*.

 С уважение:

 /………………….../

 Съгласували:

 Ръководител Катедра

 /……………………./

Дата: ………. Научен/и ръководител/и:

гр. ………… /……………………/