Медицински университет „проф. Д-р П. Стоянов“ - Варна

*ОБРАЗЕЦ*

**У Т В Ъ Р Ж Д А В А М:**

ЗАМ.-РЕКТОР КНС

проф. д-р Р.ШИШКОВ, дмн

**З А Я В К А**

за провеждане на индивидуално обучение /курс/

от .............................................................

/имена по лична карта на кандидата/

ЕГН..............,УИН ............. от регистъра на БЛС/БЗС/БАПЗГ/БФС

Месторабота...........................................................................................................................

Адрес:................................................................................................................................

🕿............................, 🖁..................................

Желая да проведа индивидуално обучение/курс с №…… от план-разписанието на МУ-Варна за 2017г. на тема: .............................................................................................................. ........................

в база:............................................................

с ръководител:.....................................................

с продължителност на обучението:...................................

ПРИЛАГАМ:

1. Диплома за висше образование – копие;
2. Свидетелство за специалност – копие;

.................. ................

/дата/ /подпис на кандидата/

Дата на започване на обучението ............... час............

/Уточнена с ръководителя на обучението/