Приложение №1

Вх.№........................./...........2023г.

**ДО РЪКОВОДИТЕЛЯ**

**НА ПРОЕКТ №BG05M2OP001-2.016-0025**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за участие в обучение на тема „……………………………………………………………………….“

*(посочва се темата и продължителността на обучението)*

От ……………………………………………………………………………….

*(трите имена на кандидата)*

ЕГН ……………………………….., постоянен адрес ……………………………………….

Телефон …………………………………………. Email ……………………………………..

Студент в Медицински университет - Варна

Факултет ………………………………. Катедра ……………………………….

Професионално направление, в което се обучавам като студент:

7.1 Медицина  7.5 Здравни грижи

Последен курс на обучение съм:  Да  Не

Заявявам желанието си да участвам в горепосоченото обучение, осъществявано в рамките на проект №BG05M2OP001-2.016-0025 „Създаване на мултидисциплинарна образователна среда за развитие на кадри с интегрални компетентности в областта на биомедицината и здравеопазването“

**Прилагам следните документи:**

1. Регистрационен формуляр за регистрация в ЦКР.
2. Декларация-съгласие за обработка на личните данни;

………..2023 год. С уважение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гр. Варна (име, фамилия)