



**ДО
РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

Вх. №
(попълва се от МУ-Варна)

З А Я В Л Е Н И Е

От,
ЕГН /ЛНЧ/,
Постоянен адрес: гр. (с.), Община,
Област, Ж.К.,
ул., №, бл., вх., ап.,
телефонен номер за връзка,
алтернативен телефонен номер,
e-mail

Уважаеми професор Игнатов,

Желая да се явя на следните предварителни кандидатстудентски изпити за Медицински университет – Варна:

(отбелязва се с „X“)

ИЗПИТ ПО БИОЛОГИЯ
(08.04.2023 г.)

ИЗПИТ ПО ХИМИЯ
(08.04.2023 г.)

ИЗПИТ ПО БИОЛОГИЯ*
(22.04.2023 г.)

Ще се явя на изпит в град (Варна/Сливен/Шумен/Велико Търново)

**Само за специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ и направление „Военна медицинска сестра“*

Прилагам декларация за предоставяне и обработване на лични данни.

Дата: 2023 г.

.....
(подпис на кандидата)

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният (ата):

.....
от гр. (с.), Община,
Област, ж.к.,
ул. №, бл., вх., ап.,
ЕГН /ЛНЧ/, лична карта №,
дата на издаване от МВР

Декларирам, че:

1. Предоставям на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Ив. Стоянов“ – Варна личните си данни доброволно във връзка с участието ми в кандидатстудентска кампания за учебната 2023/2024 г. на университета, в т.ч. за регистрирането ми като кандидат-студент, обработка на изпитните работи, публикуване на резултатите, участието ми в класиране и записването ми като студент.
2. Информирам/а съм, че обработването на личните ми данни е необходимо за изпълнение на нормативно установени задължения на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Ив. Стоянов“ – Варна и е необходимо условие за участието ми в процедурата по кандидатстване, класиране и прием в университета.
3. Уведомен/а съм, че в случай, че не бъда приет като студент, предоставените от мен лични данни ще бъдат обработвани от МУ-Варна до приключване на кандидатстудентската кампания за учебната 2023/2024 г.

Дата: 2023 г.

ДЕКЛАРАТОР:
(подпис)