

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ – ВАРНА

ДО

ПРОФ. Д-Р СВЕТОСЛАВ ГЕОРГИЕВ, Д.М.

ЗАМ.- РЕКТОР „КАРИЕРНО РАЗВИТИЕ“

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ВАРНА

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

За провеждане на дистанционно обучение /курс/

От ...........................................................................................................................

(*име, презиме, фамилия*)

email: ....................................................................

Телефон:........................

УВАЖАЕМИ ПРОФ. ГЕОРГИЕВ,

Моля да бъда включен/ а в платен курс за придобиване на педагогическа квалификация при Медицински университет – Варна, по изисквания на Наредба № 18 от 2005 г., Приложение № 11 към чл. 22 ал. 3.

Курсът ще се осъществи в периода от........... до ............ в рамките на определения норматив.

Приложение: Платежно №.........................

С уважение:..................

 /подпис/