****

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

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

**До**

**РЕКТОРА НА МУ – Варна**

**ПРОФ. Д-Р ВАЛЕНТИН ИГНАТОВ, Д.М.**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ОБУЧЕНИЕ
В ДОКТОРСКА ПРОГРАМА**

oт ………………………………………………………………….,

докторант в …………... форма на обучение, тел..........., e-mail: ...............
по специалност на докторската програма „……………………“
към Катедра „ …………………………………. “

Факултет „ ……………“ на МУ – Варна

 **УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

 Моля, да ми бъде разрешено да прекратя обучението си по докторска програма „.......................“ по мое желание, съгласно чл. 53, ал. 2 от ПРАС на МУ-Варна. Мотивите ми са следните: ......................................................

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

 С уважение:

 /…………………/

Научен/ни ръководител/и:

 /………………../

Дата: ………… Ръководител Катедра:

 /………………../