****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р ВАЛЕНТИН ИГНАТОВ, Д.М.**

**КОПИЕ**

**ДО**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „………………..“**

**…………………………………………………..**

**ЗАЯВЛЕНИЕ за УДЪЛЖАВАНЕ**

oт ………………………………………………………………….,

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

Факултет „ ……………“ на МУ – Варна

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

Моля да ми бъде удължена докторантурата, съгласно чл. 50 от ПРАС на МУ-Варна, за ………………………………

 *(шест месеца/ една година)*

Заявлението е съгласувано с научният/те ми ръководител/и …………………………… както и с Ръководител Катедра „…………………………..“

*(три имена) (три имена)*

 С уважение:

 /…………………/

Научен/ни ръководител/и:

 /………………../

Дата: ………… Ръководител Катедра:

 /………………../

***Забележка:***

Съгласно чл. 50 от ПРАС на МУ-Варна Заявлението за удължаване се гласува на Факултетен съвет, след съгласуване с научния ръководител и ръководител катедра!