****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р ВАЛЕНТИН ИГНАТОВ, Д.М.**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ПРЕКЪСВАНЕ НА ОБУЧЕНИЕТО**

**В ДОКТОРАНТУРА**

oт ………………………………………………………………….,

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

Факултет „ ……………“ на МУ – Варна

 **УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

Моля да ми бъде прекъснато обучението в докторантура, съгласно чл. 20 от ППЗРАСРБ и чл. 51 от ПРАС на МУ-Варна, за ………………………........ *(три месеца/ шест месеца/ една година).*

Заявлението е съгласувано с научният/те ми ръководител/и………………….. ………………………………….................... *(три имена),* както и с Ръководител Катедра- .......................... .......................... ......................... *(три имена).*

Мотивите за исканото прекъсване са: ………………………...…........................

………………………………………………………………………………………………

Становище на Научен/и ръководител/и :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Подпис:

 /………………../

Становище на Декан:

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Подпис:

 /………………../

С уважение:

Докторант:

/…………………/ Ръководител катедра:

 Подпис:

 /………………../

Задължавам се, 14 дни преди изтичане на посочения срок, да уточня статуса си в отдел „Докторантско училище“.