

вх.№

**ДО  
ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТА ПО МЕДИЦИНА  
ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
ГР. ВАРНА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

д-р .....,  
ЕГН:....., дата и място на раждане:.....,  
лична карта №:....., издадена на ... ..от .....  
телефон за връзка: ....., e-mail: .....  
Постоянен адрес:.....

**УВАЖАЕМИ ПРОФ. СТОЯНОВ,**

Моля да ми бъде издадена **академична справка** за обучението ми по специалността „Медицина”, за периода от ..... година до ..... година.

Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за висше образование, издадена от МУ-Варна;
2. Документ за самоличност (връща се веднага след сверяване);
3. Документ за внесена сума – административна такса.

Дата: .....  
гр. Варна

С уважение: .....