

ДО РЕКТОРА
НА МУ-ВАРНА

ЗАЯВЛЕНИЕ

от д-р

/по лична карта/

дата на раждане: . .

Предоставям / Не предоставям електронен адрес за получаване на резултата от допускането ми или недопускането ми до държавен изпит за придобиване на специалност, както и за получаване на информация за дата, място и час на провеждане на държавния изпит за посочената

сесия, както следва: e-mail:

Предоставям / Не предоставям алтернативни данни за кореспонденция/връзка с мен:

адрес за кореспонденция:

месторабота:.....

телефон/GSM:

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,

Моля да бъде допуснат/а до държавен изпит за специалност по

..... на майска / декемврийска сесия 20.....г.

Давам / Не давам съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от Медицински университет-Варна, във връзка с допускането ми до държавен изпит за специалност, в т.ч. за издаване на *Свидетелство за призната специалност, Академични справки* и за бъдещи проверки с издадените документи. Уведомен съм и съм съгласен документите ми, съдържащи лични данни, да се приложат към досието ми на специализант и да се пазят съобразно нормативните изисквания и правилата на университета.

ПРИЛАГАМ:

1. Книжка за специализация.
2. Документ, удостоверяващ заемането на длъжност по трудов договор.
3. Атестат от ръководителя на специализанта.
4. Удостоверение от базата за изпълнението на учебната програма, включително извършените операции и манипулации.
5. Удостоверения за преминати модули извън базата.
6. Удостоверения за проведеното теоретично обучение.
7. Декларация от базата
8. Актуална снимка (размер 3,5/4,5) – 2 бр.

.....

Дата:.....

С УВАЖЕНИЕ:.....

/подпис/