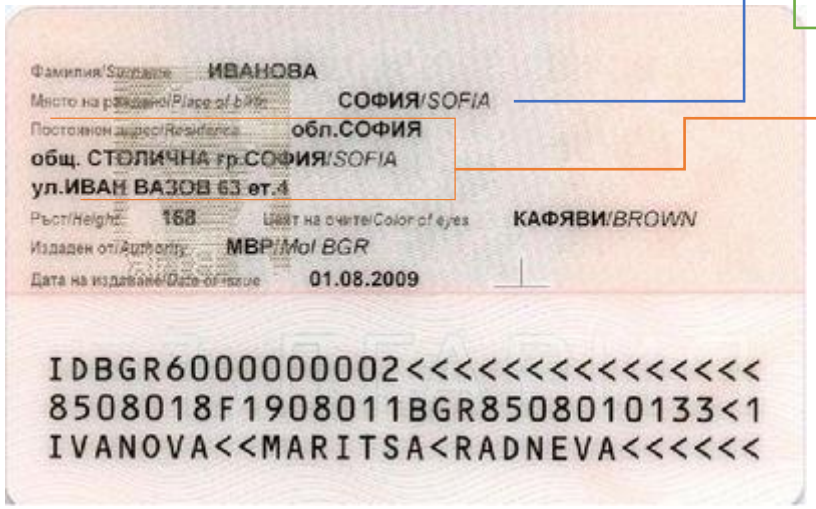
ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ЛИЧНА КАРТА

EUROPEAN UNION
REPUBLIC OF BULGARIA
IDENTITY CARD

SPECIMEN

Фамилия ИВАНОВА
Surname IVANOVA
Име МАРИЦА
Name MARITSA
Презиме РАДНЕВА
Father's name RADNEVA
ЕГН/Personal No 8508010133 Пол/Sex Ж/F
Гражданство/Nationality БЪЛГАРИЯ/BGR
Дата на раждане/Date of birth 01.08.1985
Валидност/Date of expiry 01.08.2019
№ на документа/Document number 600000000
Подпис/Signature



Фамилия/Surname ИВАНОВА
Място на раждане/Place of birth СОФИЯ/SOFIA
Постоянен адрес/Residence обл.СОФИЯ
общ. СТОЛИЧНА гр.СОФИЯ/SOFIA
ул.ИВАН ВАЗОВ 63 ет.4
Ръст/Height 168 Цвят на очите/Color of eyes КАФЯВИ/BROWN
Издаден от/Authority МВР/MoI BGR
Дата на издаване/Date of issue 01.08.2009

IDBGR6000000002<<<<<<<<<<<<<<<
8508018F1908011BGR8508010133<1
IVANOVA<<MARITSA<RADNEVA<<<<<<

попълва се от лицето

ДАННИ ОТ ДОКУМЕНТА ЗА САМОЛИЧНОСТ

ИМЕНА на лицето

- съгласно [V] „Лична карта" или [ ] „Свидетелство за управление на моторно превозно средство"

собствено Марица
бащино Раднева
фамилно Иванова

- съгласно [ ] „Разрешение за пребиваване" или [ ] „Удостоверение за пребиваване на граждани на ЕС":

Тип разрешение/
Вид пребиваване [ ] постоянно пребиваване [ ] продължително пребиваване
[ ] дългосрочно пребиваване [ ]
Национален документ № [ ]

[V] **ЕГН** [ ] **ЛНЧ** [ ] **ЛН**: 8 5 0 8 0 1 0 1 3 3

Роден/а на: 0 1 . 0 8 . 1 9 8 5 г.
(ден месец година)

В гр./с/ София
Държава

Гражданство България

Документ за самоличност **валиден до**: 0 1 . 0 8 . 2 0 1 9 г.
(ден месец година)

Постоянен обл. София общ. Столична
адрес [V] гр. [ ] с. София
ул. Иван Вазов 63 ет. 4
(м-т, ж.к., бул., ул., №, бл., вх., ет., ап.)

- *Потвърждавам* / *Не потвърждавам* верността на вписаните данни.
(вярното се подчертава)
- *Давам* / *Не давам* съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от
(вярното се подчертава)

Медицински университет-Варна, във връзка с кандидатстването ми/ обучението ми/ допускането ми до държавен изпит за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, в т.ч. за издаване на *Свидетелство за призната специалност*, *Академични справки* и за бъдещи проверки с издадените документи. Информиран/а съм, че обработването на личните ми данни е необходимо за изпълнение на нормативно установени задължения на МУ-Варна и е необходимо условие за участието ми в процедурата по кандидатстване/обучение в университета. Уведомен/а съм, че личните ми данни ще бъдат обработвани в МУ-Варна и след приключване на обучението ми, съобразно нормативните изисквания и правилата на университета.

Дата: 14.07.2023г. Подпис:

Служител сверил данните от документа за самоличност: .....
(име, подпис) (дата)

ОТРАЗЕН