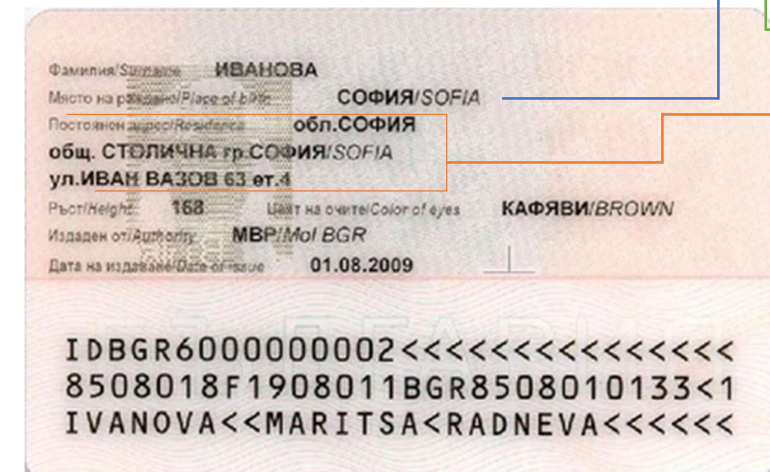




попълва се от лицето

ДАНИИ ОТ ДОКУМЕНТА ЗА САМОЛИЧНОСТ

ИМЕНА на лицето

• съгласно ☒ „Лична карта“ или ☐ „Свидетелство за управление на моторно превозно средство“

собствено Маринца

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 № ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☒ 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./ София
Държава

Гражданство България

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

Постоянен обл. София **общ.** Столична

адрес ☒ гр. София
ул. Иван Вазов 63 ет. 4
(м-т, ж.к., бул., ул., №, бл., вх., ет., вп.)

• Потвърждавам / Не потвърждавам верността на вписаните данни.
(върхото се подчертава)

• Давам / Не давам съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от
(върхото 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: [подпис]

Служителят сверил данните от документа за самоличност: _____
(име, подпис) (дата)