

ДАННИ ОТ ДОКУМЕНТА ЗА САМОЛИЧНОСТ

ИМЕНА на лицето

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

собствено

бащино

фамилно

- 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Роден/а на:

☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐ г.
(ден месец година)

В гр./с/

Държава

Гражданство

.....

Документ за самоличност **валиден до:** ☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐ г.
(ден месец година)

Постоянен обл. общ.

адрес ☐ гр. ☐ с.

.....
(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:

Подпис:

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

.....
(дата)