

ДО РЕКТОРА  
НА МУ-ВАРНА

## ЗАЯВЛЕНИЕ

От .....

Специализант по реда на Наредба № 1 от 2015г. на МЗ

По клиничната специалност .....

В база ....., считано от .....

☎ за връзка ....., e-mail .....

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

Заявявам желанието си окончателно да прекратя обучението си по специалността в база ....., считано от ....., като във връзка с това, Ви уведомявам за следното:

<input type="checkbox"/>	<b>Ще продължа</b> обучението си по специалността в новата база ....., ....., към Медицински университет- ....., считано от .....
<input type="checkbox"/>	<b>Ще продължа</b> обучението си по специалността на по-късен етап ..... / до; след / един месец от посочената дата на прекратяването ми.
<input type="checkbox"/>	<b>Няма да продължа</b> обучението си по същата специалност.

Уведомен съм, че няма да бъде издадена заповед за прекратяване на специализацията ми и ще продължа да се обучавам по същата учебна програма утвърдена от МЗ, при изпълнение на всички по-долу изброени условия:

1. продължаване на обучението по същата специалност;
2. продължаване в друга база, която е сключила договор с Медицински университет-Варна;
3. продължаване в рамките на един месец от датата на прекратяването (в първата база);
4. Получените в едномесечен срок (от прекратяването) документи от новата база, са в съответствие с Наредба №1.

Уведомен съм, че ще бъде издадена заповед за прекратяване на специализацията ми, в случай че не бъде заявено/изпълнено някое от изброените по-горе условия.

Дата:

С УВАЖЕНИЕ: