ДО РЕКТОРА
НА МУ-ВАРНА

ЗАЯВЛЕНИЕ

От ……

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

По неклиничната специалност ……

В база Медицински университет-Варна, считано от ……

за връзка ……, e-mail ……

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

Заявявам желанието си окончателно да прекратя специализацията си по специалността …… в база Медицински университет-Варна, считано от …… .

Уведомен/а съм, че ще бъде издадена заповед за прекратяване на специализацията ми, от ректора на Медицински университет – Варна, която желая да бъде изпратена на следния адрес ……

Дата: С УВАЖЕНИЕ:

……, съгласието си за прекратяване на специализацията от
(Давам / Не давам)
горепосочената дата.

Дата: …… (име, подпис)

…… (длъжност)
(Декан / Ръководител на специализацията)