

ЗАЯВЛЕНИЕ

от д-р
/по лична карта/

дата на раждане: ..

Предоставям / Не предоставям електронен адрес за получаване на резултата от допускането ми или недопускането ми до държавен изпит за придобиване на специалност, както и за получаване на информация за дата, място и час на провеждане на държавния изпит за посочената сесия, както следва: e-mail:

Предоставям / Не предоставям алтернативни данни за кореспонденция/връзка с мен:

адрес за кореспонденция:

месторабота:.....

телефон/GSM:

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,

Моля да бъда допуснат/а до държавен изпит за специалност по **Обща медицина по реда на Наредба № 15/2008г.** на майска / декемврийска сесия 20.....г.

Давам / Не давам съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от Медицински университет-Варна, във връзка с допускането ми до държавен изпит за специалност, в т.ч. за издаване на *Свидетелство за призната специалност, Академични справки* и за бъдещи проверки с издадените документи. Уведомен съм и съм съгласен документите ми, съдържащи лични данни, да се приложат към досието ми на специализант и да се пазят съобразно нормативните изисквания и правилата на университета.

ПРИЛАГАМ:

1. Книжка за специализация.
2. Удостоверение за обучение в акредитирана АПМП.
3. Удостоверение за обучение в АПМП под методично ръководство.
4. Атестат (характеристика и оценка) за представянето на специализанта от ръководителя на лечебното заведение за болнична помощ.
5. Атестат (характеристика и оценка) за представянето на специализанта от ръководителя на акредитирана АПМП.
6. Атестат (характеристика и оценка) за представянето на специализанта от ръководителя на практическото обучение под методично ръководство.
7. Актуална снимка (размер 3,5/4,5) – 2 бр.
8.

Дата:.....

С УВАЖЕНИЕ:.....

/подпис/