

ДО
ЗАМЕСТИК-РЕКТОР „КАРИЕРНО РАЗВИТИЕ“
ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ВАРНА

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ
имена по документ за самоличност

гражданство пребиваване
специализант по реда на Наредба № 1/22.01.2015г. на МЗ

по „дентална“/неклинична специалност
грешното се зачерква

.....

в база за обучение

с начална дата на обучениеГ.

с адрес за кореспонденция
гр./с., общ.

.....
ул., ж.к., №, бл., вж., ет., ап.

тел.: моб.тел.

e-mail

УВАЖАЕМИ Г-Н ЗАМЕСТИК-РЕКТОР,

Във връзка с чл.46, ал.2 от Наредба № 1/2015г. на МЗ, желая да кандидатствам на местата за специализанти за Медицински университет-Варна, включени в заповед на МЗ № РД-19-7/29.10.2020г., за които държавата ще финансира таксата за теоретичното и/или практическото обучение по неклинични специалности и специалности за „лекар по дентална медицина“.

Уведомен съм, че финансирането на обучението на класираните кандидати започва от 1 януари на следващата календарна година.

Декларирам, че:

- предоставям на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна личните си данни доброволно във връзка с кандидатстването ми за финансиране на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Информиран/а съм, че обработването на личните ми данни е необходимо за изпълнение на нормативно установени задължения на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна и е необходимо условие за участието ми в процедурата по кандидатстване и обучение в университета. Уведомен/а съм, че личните данни ще бъдат обработвани от МУ-Варна и след приключване на обучението ми, съобразно нормативните изисквания и правилата на университета.
- съгласието си да бъдат вписани личните ми данни при обявяване на класирането.
давам/не давам

..... ноември 2020г.
гр.Варна

С уважение:.....
/подпис/