ДО РЕКТОРА

НА МУ-ВАРНА

**З А Я В Л Е Н И Е**

От ....................................................................................................................................................................................

(имена по лична карта)

За кореспонденция:

адрес: гр./с.................................................................................................................................... пощенски код .

ж.к./ул. ..................................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................................................

🕿,🖁 ............................................................................................................, e-mail ...........................................................................................

В момента работя в: ...................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,**

Желая да кандидатствам в конкурса по документи за прием на специализанти по **неклиничната специалност** …………………………………………………………………………………….…………..……….

………………………………………………………………………………………………………………...……….........................…………….,

с база за обучение Медицински университет - Варна, съгласно чл.18, ал.1 от Наредба № 1/2015 г. на определените места с Ваша заповед № Р-106-372/22.12.2020 г.

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. Копие на диплома за висше образование;
2. Копие на документ за самоличност;
3. Препис-извлечение от трудовата книжка или служебна бележка за работа по граждански договор или по втори трудов договор, издадени от базата за обучение (*само когато лицето работи в базата за обучение за която кандидатства*);
4. Съответни документи по чл.19 от Наредба № 1/22.01.2015г. (*когато дипломата е издадена от друга държава или лицето не е български гражданин*);
5. Документ за платена такса за участие в конкурса;
6. Пощенски плик (*без пощенски марки, с попълнен адрес за кореспонденция*).

Декларирам, че:

* ………………………."Златен Хипократ", "Златен Гален" или пълен отличник по специалност от

*съм/не съм* професионално направление "Здравни грижи".

* предоставям на Медицински университет–Варна личните си данни доброволно във връзка с кандидатстването ми и обучението ми 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–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*

* …………………….…. регистриран като специализант по същата или друга специалност в друг университет.

*съм/не съм* Уведомен съм, че няма да бъда регистриран като специализант преди прекратяване

на текущата специализация.

\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.2021г. С УВАЖЕНИЕ:..................................

гр. В А Р Н А (подпис)

*Приел документите: ………………………………………..……………………….(фамилия, подпис)*