****

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № .................................

**До**

**РЕКТОРА НА МУ – Варна**

**ПРОФ. Д-Р ДИМИТЪР РАЙКОВ, Д.М.Н.**

**КОПИЕ**

**До**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „………………..“**

**…………………………………………………..**

**КОПИЕ**

**ДО ОТДЕЛ „ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ“**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ПРОМЯНА НА ФОРМАТА НА ОБУЧЕНИЕ**

oт ………………………………………………………………….,

докторант в …………... форма на обучение, тел..........., e-mail: ...............   
по докторската програма „……………………“   
към Катедра „ …………………………………. “

Факултет „ ……………“ / Филиал………… на/ към МУ – Варна

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

Моля, да ми бъде разрешено въз основа на чл. 52, ал. 1 от ПРАС на МУ-Варна да променя формата си на обучение за придобиване на образователна и научна степен „Доктор” от *редовна /задочна* *форма на обучение* *(излишното се изтрива)* в *самостоятелна* форма на обучение.

Молбата ми е съгласувана с Ръководител Катедра „………………..“ и научният/те ми ръководител/и – …………………………...…*(трите имена)*.

С уважение:

/………………….../

Съгласували:

Ръководител Катедра

/……………………./

Дата: ………. Научен/и ръководител/и:

/……………………/

***Забележка:***

Съгласно чл. 52, ал. 1 от ПРАС на МУ-Варна промяна на формата на обучение се предлага от Катедрен съвет въз основа на настоящото заявление и се гласува на Факултетен съвет!