

вх.№

**ДО  
РЕКТОРА НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
ГР. ВАРНА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

Д-р .....  
ЕГН: ....., дата и място на раждане: .....  
лична карта №: ....., издадена на ... от .....  
телефон за връзка: ....., e-mail: .....  
Постоянен адрес:.....

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,**

Моля да ми бъде издаден **дубликат на диплома** за обучението ми по специалността „Медицина”, за периода от ..... година до ..... година.

Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за висше образование, издадена от МУ-Варна;
2. Документ за самоличност (връща се веднага след сверяване);
3. Документ за внесена сума – административна такса;
4. Обява в български ежедневник;
5. Снимка - един брой.

Дата: .....  
гр. Варна

С уважение: .....