

Предоставям на МБАЛ настоящото копие на документа ми за самоличност (лична карта, шофьорска книжка, паспорт или друго) във връзка с кандидатстването ми/ обучението ми за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Информиран/а съм, че копие ще бъде предоставено на МУ-Варна и че обработването на личните ми данни е необходимо за изпълнение на нормативно установени задължения на МУ-Варна и е необходимо условие за участието ми в процедурата по кандидатстване/обучение в университета. Уведомен/а съм, че личните ми данни ще бъдат обработвани в МУ-Варна и след приключване на обучението ми, съобразно нормативните изисквания и правилата на университета.

Дата:

Подпис: