

ДАННИ ОТ ДОКУМЕНТА ЗА САМОЛИЧНОСТ

ИМЕНА на лицето

- съгласно „Лична карта“ или „Свидетелство за управление на моторно превозно средство“

собствено

бащино

фамилно

- съгласно „Разрешение за пребиваване“ или „Удостоверение за пребиваване на граждани на ЕС“:

.....

Тип разрешение /

Вид пребиваване: постоянно пребиваване продължително пребиваване

дългосрочно пребиваване

Национален документ №

ЕГН ЛНЧ ЛН:

Роден/а на:

. . г.

(ден месец година)

В гр./с/

Държава

Гражданство

Документ за самоличност **валиден до:** . . г.

(ден месец година)

Постоянен обл. общ.

адрес гр. с.

.....

(м-т, ж.к., бул., ул., №, бл., вх., ет., ап.)

- *Потвърждавам / Не потвърждавам* верността на вписаните данни.
(вярното се подчертава)
- *Давам / Не давам* съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от
(вярното се подчертава)

Медицински университет-Варна, във връзка с кандидатстването ми/ обучението ми/ допускането ми до държавен изпит за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, в т.ч. за издаване на *Свидетелство за призната специалност, Академични справки* и за бъдещи проверки с издадените документи. Информиран/а съм, 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:

Служител сверил данните от документа за самоличност:

(име, подпис)

.....
(дата)