



ДО
Г-Н РЕКТОРА НА МУ – ВАРНА

Вх. №
/попълва се от МУ/

З А Я В Л Е Н И Е

От,
ЕГН,
Постоянен адрес: гр. (с.), ПОЩ. КОД,
област, община,
улица №,
ж.к., бл., вх., ап.,
телефон (GSM) за справки,
алтернативен телефон (GSM),
E-mail

Уважаеми професор Иванов,

Желая да се явя на следните предварителни кандидатстудентски изпити за Медицински университет – Варна:

/отбелязва се с „X”/

ИЗПИТ ПО БИОЛОГИЯ
/30.03.2019 г./

ИЗПИТ ПО ХИМИЯ
/20.04.2019 г./

Прилагам следните документи:

1. Декларация за лични данни;
2. Документ за платена такса.

Дата: 2019 г.

.....

/подпис на кандидата/

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният (ата):

от гр. (с.) _____, Община _____, Област _____
ул. _____ № _____, бл. _____, вх. _____, ап. _____
ЕГН /ЛНЧ/ _____ лична карта № _____
дата на издаване _____ от МВР _____

Декларирам, че:

1. Предоставям на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Ив. Стоянов“ – Варна личните си данни доброволно във връзка с участието ми в кандидатстудентска кампания за учебната 2019/2020 г. на университета, в т.ч. за регистрирането ми като кандидат-студент, обработка на изпитните работи, публикуване на резултатите, участието ми в класиране и записването ми като студент.
2. Информиран/а съм, че обработването на личните ми данни е необходимо за изпълнение на нормативно установени задължения на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Ив. Стоянов“ – Варна и е необходимо условие за участието ми в процедурата по кандидатстване, класиране и прием в университета.
3. Уведомен/а съм, че в случай, че не бъда приет като студент, предоставените от мен лични данни ще бъдат обработвани от МУ-Варна до приключване на кандидатстудентската кампания за учебната 2019/2020г.

Дата: _____

ДЕКЛАРАТОР: _____

/подпис/