



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
/21.04.2018 г./

ИЗПИТ ПО ХИМИЯ
/28.04.2018 г./

Прилагам следните документи:

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

Дата: 2018 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. Давам своето съгласие предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от Медицински университет „Проф. д-р Параскев Ив. Стоянов“ – Варна, във връзка с участието ми в кандидатстудентска кампания за учебната 2018-2019 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. Съгласен съм / не съм съгласен (*ненужното се зачертава*) резултатите ми от кандидатстудентските изпити и общият ми бал, с който ще кандидатствам за прием в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Ив. Стоянов“ – Варна да бъдат обявени публично.
3. Уведомен съм, че в случай, че не бъда приет като студент, предоставените от мен лични данни ще бъдат обработвани от МУ-Варна за срок до 1.05.2019 г.
4. Запознат/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.

Дата: _____

ДЕКЛАРАТОР: _____
/подпис/