|  |  |
| --- | --- |
| Logo BG | Logo MU BG transparentМЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ВАРНА  „Проф. д-р Параскев Стоянов“  Ул. „Марин Дринов“ 55, 9002 Варна  Тел.: 052/65 00 57, факс: 052/65 00 19  e-mail: uni@mu-varna.bg, www.mu-varna.bg |

СНИМКА ПАСПОРТЕН ФОРМАТ

PASSPORT

SIZE

PHOTO

**ФОРМУЛЯР ЗА КАНДИДАТСТВАНЕ НА СТУДЕНТИ**

**ПО ПРОГРАМА „ЕРАЗЪМ+“**

**ERASMUS+ STUDENT APPLICATION FORM**

**/Попълва се на компютър на български или английски език /**

**To be filled out on a computer in Bulgarian or English language/**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЛИЧНИ ДАННИ НА СТУДЕНТА / STUDENT’S PERSONAL DATA** | |
| Име, презиме, фамилия  (на БГ и латиница по лична карта):  First name, surname and family name: |  |
| ЕГН:  Personal ID: |  |
| Дата и място на раждане:  Date and place of birth: |  |
| Пол:  Sex: |  |
| Лична карта №:  ID card No: |  |
| Издадена на , от МВР гр. :  Date and place of issue: |  |
| Постоянен адрес:  Permanent address: |  |
| Настоящ адрес /ако е различен от постоянния/:  Current address /if different/: |  |
| Гражданство:  Nationality: |  |
| Мобилен телефон:  Mobile phone: |  |
| Е-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **СТУДЕНТСКИ СТАТУС / STUDENT’S STATUS** | |
| Факултет:  Faculty: |  |
| Специалност:  Specialty: |  |
| Текуща година на обучение (курс):  Current year of academic studies: |  |
| Факултетен номер**:**  Student’s ID: |  |
| Образователно-квалификационна степен:  Educational and qualification degree: | бакалавър  магистър  доктор  bachelor master doctor (PhD) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **КАНДИДАТСТВАНЕ ЗА ЕРАЗЪМ МОБИЛНОСТ / ERASMUS MOBILITY APPLICATION** | | |
| Академична година, в която ще се проведе мобилността:  Academic year for the mobility: | |  |
| Вид на мобилността:  Type of mobility: | | държавен стаж  state internship  лятна практика  summer practice  докторантура  doctoral training |
| Избор на държавен стаж (за 6-ти курс медицина):  Options of state internships (for 6th year medicine): | | Вътрешни болести  Internal diseases  Хирургия  Surgery  Детски болести  Pediatrics  Акушерство и гинекология  Obstetrics and Gynecology |
| **МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ ЗА КОЙ/КОИ УНИВЕРСИТЕТ/И КАНДИДАТСТВАТЕ**  **PLEASE SPECIFY THE RECEIVING UNIVERSITY YOU ARE APPRYING FOR** | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ЕЗИКОВА ПОДГОТОВКА / LANGUAGE PROFICIENCY** | |
| Майчин език / Mother tongue: |  |
| Английски език / English language | А1  А2  B1  B2  C1  C2 |
| Немски език / German language | А1  А2  B1  B2  C1  C2 |
| Френски език / French language | А1  А2  B1  B2  C1  C2 |
| Друг: ..........................език / Other:…………..….… language | А1  А2  B1  B2  C1  C2 |

|  |
| --- |
| **ДРУГИ УМЕНИЯ И КОМПЕТЕНЦИИ, НАУЧНА ДЕЙНОСТ, ОБЩЕСТВЕНА АКТИВНОСТ**  **МОЛЯ ОПИШЕТЕ**  **OTHER SKILLS AND COMPETENCE, SCIENTIFIC AND PUBLIC ACTIVITY**  **PLEASE SPECIFY** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ПРЕДИШНО УЧАСТИЕ В ПРОГРАМA “ЕРАЗЪМ”**  **PREVIOUS PARTICIPATION IN ERASMUS PROGRAMME**  Не/No  Да/Yes **:** | |
| Приемащ университет:  Receiving university: |  |
| Период на мобилност:  Period of mobility: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ПРЕДИШНО ОБУЧЕНИЕ ИЛИ ПРАКТИКА В ЧУЖБИНА**  **PREVIOUS STUDIES OR PRACTICE ABROAD**  Не/No  Да/Yes **:** | |
| Име на институцията:  Name of the institution: |  |
| Период на обучение/практика:  Period of study/practice: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ЛИЦЕ ЗА КОНТАКТ (В СЛУЧАЙ НА СПЕШНОСТ)**  **CONTACT PERSON (IN CASE OF EMERGENCY)** | |
| Три имена:  Name: |  |
| Адрес:  Address: |  |
| Телефон за връзка:  Phone: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **СПЕЦИАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ/ SPECIAL NEEDS**  Не/No  Да/Yes : |
| Моля уточнете:  Please specify: |

|  |
| --- |
| **МОТИВАЦИОННО ПИСМО / MOTIVATION LETTER**  **Моля посочете причините, поради които желаете да проведете Еразъм мобилност**  **(на езика, на който ще се проведе мобилността)**  **Please specify the reasons why you wish to carry out Erasmus mobility (in the language of mobility)** |
|  |

|  |
| --- |
| **За деклариране на неверни данни се носи наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.**  **The declaration of incorrect information shall be penalized according to art. 313 of Penalty code.** |

|  |
| --- |
| Име и подпис на студента:  Name and signature of the student:  Дата и място:  Date and place: |