Медицински университет „проф. Д-р П. Стоянов“ - Варна

*ОБРАЗЕЦ*

**У Т В Ъ Р Ж Д А В А М:**

ЗАМ.РЕКТОР КНС

проф. д-р Р.ШИШКОВ, дмн

**З А Я В К А**

за провеждане на индивидуално обучение /курс/

от .............................................................

/имена по лична карта на кандидата/

ЕГН........................, УИН .............................

Месторабота.................................................................................................................

Адрес:......................................................................................................................

🕿............................, 🖁...............................

E- mail……………………………………………………………

Желая да проведа индивидуално обучение/курс с **№ 109** от План-разписанието на МУ-Варна за 2015г.

на тема: **Характеристики на Аутизма. Диагностика. Терапевтични методи и подходи в детска възраст**

в база:Медицински университет-Варна

с ръководител: доц. д-р Р. Панчева, д.м.

с продължителност на обучението: 3 дни

ПРИЛАГАМ:

1. Диплома за висше образование – копие;
2. Свидетелство за специалност – копие;
3. Документ за платена такса за курса от 120 лева

.................. ................

/дата/ /подпис на кандидата/

Дата на започване на обучението 15.05.2015г. час 9.00 часа

/Уточнена с ръководителя на обучението/