*Вх. №* ………………………………………….

**ДО**

**Г-Н РЕКТОРА**

**НА МУ-ВАРНА**

**Проф. д-р ВАЛЕНТИН ИГНАТОВ, д.м.**

**ДО ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ …………….**

**………………**

**Д О К Л А Д**

от ………………

Ръководител Катедра „……………“

**Относно:** Провеждане на изпит за докторски минимум по специалност „………….“.

**Уважаеми проф. ИГНАТОВ,**

**Уважаеми/А …………………**

В изпълнение на индивидуалния учебен план и в съответствие с чл. 44, ал. 1 и ал. 2 от ПРАС на МУ-Варна, предлагам с Ваша заповед дабъде назначена комисия и дасе проведе докторантски изпит по специалност **“…………….“** към Катедра “…………..”, Факултет ……….. за придобиване на образователна и научна степен **„Доктор”** на зачисленият/а/те в докторантура в самостоятелна /редовна/ задочна форма на обучение – **……………………….**

Предлагам изпитът да се проведе на дата **……..….. г. от ..….. ч.,** в зала/аудитория…………. пред комисия в следния състав:

**Председател:**

**Членове:**

Приложение:

* + - 1. Конспект по специалност „……………..“ подписан и утвърден от Ръководител Катедра „…………………..“ и Декана на Факултет „…………….“.

С уважение:

**……………………………..**

*Ръководител „………………..“*

*Дата: …………*

*Гр. Варна*