****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ИВАНОВ**

**КОПИЕ**

**ДО**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „………………..“**

**…………………………………………………..**

**З А Я В Л Е Н И Е**

oт ………………………………………………………………….,

*(име, презиме и фамилия по л.к.)*

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

Моля да ми бъдат възстановени правата на докторант в …………… форма на обучение, по специалност „…………….“, към Катедра/ УС „……….“, Факултет „……………“ с научен ръководител …………………………………

 С уважение: /………………/

Научен ръководител:

 /………………../

 Ръководител Катедра:

Дата: ………… /………………../

гр. ……………