МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № .........................................

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ИВАНОВ, Д.М.Н.**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от ………………………………………………………………………………………………..

*(име, презиме, фамилия по л.к.)*

адрес: …………………………………………………………………………………………...

телефон: ………………... e-mail: ………………………………., ЕГН: …………………….

месторабота: …………………………………………………………………………………...

 **УВАЖАЕМИГ-Н РЕКТОР,**

 Моля, да бъда зачислен/а в докторантура в самостоятелна форма на обучение по специалност „.............................” към Катедра /УС“........................”, Факултет „…………..“ с работно заглавие на дисертационния труд: „..........................................................................”.

Прилагам следните **задължителни** документи:

1. Анкетна карта на кандидат-докторанта;
2. Проект на дисертационен труд;
3. Автобиография с подпис;
4. Нотариално заверени копия на дипломи за завършеновисше образование (ОКС „Бакалавър“ и ОКС „Магистър“ с приложенията към тях);
5. Снимки – 2 бр., паспортен формат (3,5 см/ 4,5 см);
6. Копие на трудов договор с МУ-Варна*(ако има такъв)*
7. Декларация за достоверност на представените документи;

Прилагам следните **допълнителни** документи ***(неприложимото се изтрива):***

1. Документ за придобита специалност - нотариално заверено копие;
2. Списък с публикации с подпис;
3. Други документи ***(описват се).***

Дата: …………. С уважение:

Град …………. /................................/