****МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА

**ДОКТОРАНТСКО УЧИЛИЩЕ**

Вх. № …………………

**ДО**

**РЕКТОРА НА МУ-ВАРНА**

**ПРОФ. Д-Р ВАЛЕНТИН ИГНАТОВ, Д.М.**

**КОПИЕ**

**До**

**ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „…………………………“**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ПРЕКЪСВАНЕ НА ОБУЧЕНИЕТО**

**В ДОКТОРАНТУРА**

oт ………………………………………………………………….,

докторант в …………... форма на обучение, тел..........., e-mail: ...............
по специалност на докторската програма „……………………“
към Катедра „ …………………………………. “

Факултет „ ……………“ на МУ – Варна

**УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,**

**УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ДЕКАН,**

Моля да ми бъде прекъснато обучението в докторантура, съгласно чл. 20 от ППЗРАСРБ и чл. 51 от ПРАС на МУ-Варна, за ………………………........ *(три месеца/ шест месеца/ една година).*

Заявлението е съгласувано с научният/те ми ръководител/и………………….. ………………………………… *(три имена),* както и с Ръководител Катедра „……………………“ - ........................... *(три имена).*

Мотивите за исканото прекъсване са: ………………………...…........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Задължавам се, 14 дни преди изтичане на посочения срок, да уточня статуса си в отдел „Докторантско училище“.

 С уважение:

 /…………………/

 Ръководител катедра:

 /………………../

 Научен ръководител:

 /……………….../

 Декан:
 /………………../

Становище на Научен/и ръководител/и : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Подпис:
 /………………../

Становище на Декан: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Подпис:

 /………………../