ДО

ЗАМ.РЕКТОРА ПО КНС

ПРИ МУ-ВАРНА

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

имена по документ за самоличност

гражданство ............................................................... пребиваване .............................................

специализант по реда на Наредба № 1/22.01.2015г. на МЗ

по клинична/неклинична специалност .................................................................................

грешното се зачерква

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

в база за обучение ...............................................................................................................................

с начална дата на обучение .................................г.

с адрес за кореспонденция ............................................................................................................

гр./с., общ.

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

ул., ж.к., №, бл., вх., ет., ап.

тел.: ............................................................... моб.тел. .........................................................................

e-mail ..............................................................................

**УВАЖАЕМИ Г-Н ЗАМ.РЕКТОР,**

Във връзка с чл.46, ал.2 от Наредба № 1/2015г. на МЗ, желая да кандидатствам на местата за специализанти за Медицински университет-Варна, включени в заповед на МЗ № РД-19-3/15.09.2017г., за които държавата ще финансира:

⬜ теоретичното обучение;

⬜ практическото обучение по неклинични специалности, специалност „Обща медицина“ и специалности за „лекар по дентална медицина“.

Уведомен съм, че финансирането на обучението на класираните кандидати започва от 1 януари на следващата календарна година.

..... октомври 2017г. С уважение:..........................

гр.Варна /подпис/