Медицински университет „проф. Д-р П. Стоянов“ - Варна

*ОБРАЗЕЦ*

**З А Я В К А**

за провеждане на индивидуално обучение /курс/

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

/имена по лична карта на кандидата/

Дата на раждане..............,УИН ............. от регистъра на БЛС/БЗС/БАПЗГ/БФС

Месторабота...........................................................................................................................

Адрес:................................................................................................................................

🕿............................, 🖁..................................

Желая да проведа индивидуално обучение/курс с №…… от план-разписанието на МУ-Варна за 2019г. на тема: .............................................................................................................

в база:............................................................

с ръководител:.....................................................

с продължителност на обучението:...................................

ПРИЛАГАМ:

1. Диплома за висше образование – копие;
2. Свидетелство за специалност – копие;

Давам съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от Медицински университет-Варна, във връзка с преминаване на обучение/курс, в т.ч. за издаване на У*достоверение*, други и за бъдещи проверки с издадените документи. Уведомен съм и съм съгласен документите ми съдържащи лични данни да се приложат към досието ми на обучаем и да се пазят в срока на съхраняване на досието.

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

/дата/ /подпис на кандидата/

Дата на започване на обучението .............час............

/Уточнена с ръководителя на обучението/