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

*ОБРАЗЕЦ*

**З А Я В Л Е Н И Е**

за преминаване на обучение за придобиване на професионална квалификация по **ВСД**

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

/имена по лична карта на кандидата/

ЕГН................., място на раждане гр./с.....................

Месторабота......................................................□ служител на Медицински университет „Проф.д-р П.Стоянов“-Варна

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

e-mail:................................., 🖁.....................

Желая да премина обучение за ВСД № ... от Списъка при МУ-Варна на **тема**: ................................................................. .................................................................

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

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

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

ПРИЛАГАМ:

1. Диплома за висше образование – копие;
2. Свидетелство за специалност – копие;
3. Снимка – паспортен формат;
4. ............................................................

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

Давам съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от Медицински университет-Варна, във връзка с преминаване на обучение по ВСД, в т.ч. за издаване на *Свидетелство за професионална квалификация, 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/