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

*ОБРАЗЕЦ*

**У Т В Ъ Р Ж Д А В А М:**

ЗАМ.РЕКТОР КНС

ПРОФ. д-р Р.ШИШКОВ, дмн

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

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

/имена по лична карта на кандидата/

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

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

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

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

Желая да проведа 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. ............................................................

............................................................ за разглеждане от комисия и определяне на намален срок за обучение.

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

/дата/ /подпис на кандидата/

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

/Уточнена с ръководителя на обучението/