

ПОПЪЛВА СЕ ОТ

ВУЗ

Входящ №

Код

РЕДОВНО

ЗАДОЧНО

Приел документите

СПЕЦИАЛНОСТ:

ДО  
РЕКТОРА  
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ

## ЗАЯВЛЕНИЕ

От .....

ЕГН.....

Постоянен адрес: град/село.....пощенски код.....

област..... община.....

улица №, жк ..... блок..... вход.....

ап.....мобилен телефон .....e-mail .....

### УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,

Заявявам желание да кандидатствам във Факултет по обществено здраве при Медицински университет-София, като подам необходимите документи и бъда класиран/а, съгласно посочената от мен специалност:.....

и форма на обучение (редовна/задочна).....

Съгласен/на съм Факултет по обществено здраве при МУ-София да обработва личните ми данни за приема на документите ми, за публикуване на резултатите от конкурсните изпити и за участие в класирането.

Информиран/а съм, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването, като използвам „Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта на данни“.

Подпис на кандидат-студента:.....

### Прилагам следните документи:

1. Сканирана диплома за средно образование
2. Сканирана диплома за завършена предходна степен на висше образование
3. Сканирано платежно нареждане за платена такса
4. Сканирани документи за кандидат-студенти по чл. 68, ал.3 от ЗВО
5. Сканирано уверение от ВУ за възстановяване на студентски права

Декларирам, че за невярно попълнени от мен документи няма да предявявам претенции.

Дата:.....

гр. София

С уважение:.....

(подпис на кандидат-студента)

ПОПЪЛВА СЕ ОТ КАНДИДАТ-СТУДЕНТА