



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
"ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН"

1527 София, ул. "Бяло море" № 8 тел./факс: +359 2 9432 127, e-mail : fph@fz.mu-sofia.bg

До
Декана на ФОЗ
"Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн"
при МУ-София
Проф. Александрина Воденичарова, дм

ЗА ЯВЛЕНИЕ

от

специалност.....

ОКС „Магистър“/ОКС „Бакалавър“, форма на обучение редовна/задочна

фак. №, курс.....на зимен/летен семестър на 20...../20.....учебна година

Уважаема г-жо Декан,

- Заявявам желанието си да прекъсна обучението си по:
- здравословни причини /прилага се медицински документ/;
 - бременност и майчинство /прилага се медицински документ/;
 - семейни причини;
 - социални причини;
 - финансови причини;
- Желая да напусна ФОЗ "Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн" по собствено желание.
- За срок от една до две учебни годни /посочва се учебната/и година на прекъсване/напускане/.....

дата:
гр. София

С уважение,
.....