



**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/заочна

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;

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,  
.....