



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@foz.mu-sofia.bg

До  
Декана на ФОЗ при МУ-София  
проф. А. Воденичарова, дм

## ЗАЯВЛЕНИЕ

От .....

Специалност: **Обществено здраве и здравен мениджмънт**

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

Фак. № ....., II курс за учебната 20...../20..... година.

Среден успех от обучението през първите две години .....

*/с думи и цифри/*

### УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДЕКАН,

Заявявам своето желание да бъда записан/а в едно от професионалните направления, посочени по реда на желанията ми:

*(Направленията са следните: „Здравен администратор“, „Инспектор по трудова медицина“, „Търговски представител в здравеопазването“)*

**Първо желание:** .....

**Второ желание:** .....

**Трето желание:** .....

Декларирам, че съм запознат/а с условията и изискванията за обучение в избраното направление.

Дата:.....

гр. София

С уважение,

/...../

Служител потвърдил средния успех: .....

*/име, подпис/*