**М Е Д И Ц И Н С К И У Н И В Е Р С И Т Е Т – П Л Е В Е Н**
***5800 гр. Плевен, ул. „ Св. Климент Охридски ” № 1,
Отдел „ Човешки ресурси “, тел. 064/ 884-180***

**ДО**

**РЕКТОРА**

**НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ**

**ГР. ПЛЕВЕН**

**З А Я В Л Е Н И Е**от

 **……………………………………………………………………………………..** / име, презиме и фамилия /

Длъжност: **………………………………………………………………………**

Факултет: **………………………………………………………………………...**

Катедра, сектор:  **…………………………………………………………………**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,**

На основание Решение на АС – Протокол № ……………………., във връзка с §11 от ПЗР на Закона за висшето образование, при спазване на ПРАС на МУ–Плевен, заяввявам желанието си да бъде удължен трудовият ми договор, считано от ………………… година за срок от ………………….г.

……………………

гр. ПлевенС уважение: ..............................................................

/ име, фамилия и подпис /

Съгласен: ………………………………………….

 / Ръководител /