**ДО**

**РЕКТОРА**

**НА МУ – ПЛЕВЕН**

**КОПИЕ ДО**

**ДЕКАНА**

**НА ФАКУЛТЕТ „………………………“**

**НА МУ – ПЛЕВЕН**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

....................................................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия)*

Постоянен адрес: .....................................................................................................................

Моб. тел.: ..................................... Сл. тел.: .............................................................................

E-mail: ........................................................................................................................................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,**

Моля да бъда зачислен/а в самостоятелна форма на обучение в докторска програма по специалност „..................................................“, професионално направление „..........................................“ към катедра „............................................................“, Факултет „....................................“ на МУ – Плевен.

Прилагам следните документи:

1. Автобиография – европейски формат;
2. Копие от Диплома с приложение (за придобита ОКС „Магистър“ по медицина, нотариално заверена) или уверение за успешно положени държавни изпити;
3. Апликационен формуляр;
4. Проект на дисертационния труд;
5. Други документи, удостоверяващи интереси и постижения в съответната научна област;
6. Декларация за обработка на лични данни;
7. Две снимки.

............. 20…….г. **С уважение:** ………………......

гр. Плевен /…………………………………………../

*име, фамилия*