|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДО РЕКТОРА** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ** | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ГР. ПЛЕВЕН** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **З А Я В Л Е Н И Е** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| от...................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Вх. №…………………..** | | | | | |  | **Бал:** | **..............................** | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Постоянен адрес: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| град/село ............................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| област...............................................................община.................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| телефон................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Желая да кандидатствам за обявения **прием на студенти срещу заплащане** в повереното Ви | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| висше училище и класиран(а), съгласно посочения от мен ред на специалностите: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Специалности по ред на избора:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Прилагам следните документи: (само за кандидати за специалност „Социални дейности“)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Диплома за завършено средно образование - копие от оригинала | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Квитанция за платена такса административно обслужване - 30 лв. (за кандидатите със служебна | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| бележка или ДЗИ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ▪ Декларирам, че съм запознат(а) с нанесените и проверени данни и няма да ги оспорвам. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Декларирам, че съм попълнил(а) реда на специалностите в съответствие с моите желания и | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| поемам всички последици от допуснати от мен технически грешки. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Декларирам, че съм съгласен(на) с условията за платено обучение и Правилника за прием. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Известно ми е, че МУ-Плевен не осигурява специфични условия за обучение при | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболяванията, посочени в Приложение 9 от Кандидатстудентския справочник за 2018 г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| гр. Плевен С уважение: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ...........................2018 г. .......................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| дата подпис | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |