



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН
УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” №1, ПЛЕВЕН 5800, БЪЛГАРИЯ
ТЕЛ.: + 359 64 884 130

Вх. №.....

ДО РЕКТОРА
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
ГР. ПЛЕВЕН

ЗАЯВЛЕНИЕ

От,
(три имена и ЕГН)

Кандидат-студент/ка за място по ПМС № 499 /03.07.2026 г. за специалност „Медицина“
за учебната 2026/2027 г.,

Входящ номерБал:.....

Телефонен номер, e-mail:

УВАЖАЕМИ ПРОФ. ДИМИТРОВ,

С настоящото заявявам желанието си да участвам в класиране на студенти по реда на чл.95а от Закона за висшето образование, във връзка с Наредбата за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател (Наредбата).

Декларирам, че съм запознат/а със съдържанието на Наредбата и произтичащите от това права и задължения, в случай че бъда класиран/а.

Декларирам, че съм запознат/а с Процедурата за кандидат-студенти на Медицински университет – Плевен за възможността за осигуряване на разходите за обучение със средства от държавния бюджет по реда на чл.95а от ЗВО, при сключен договор с работодател (лечебно заведение), за осигуряване на стаж на студента по съответната специалност за периода на обучението и на работно място след успешното му завършване.

Дата:

С уважение: