

## ЗАЯВЛЕНИЕ

вх. No.....

От.....

Студент/ка в ..... курс, Специалност .....

Език на обучение ..... Университет .....

Форма на обучение ..... Тел./gsm: .....

/държавна поръчка или платена форма/

### УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

Заявявам своето желание да продължа обучението си от учебната 20.../20... г. в Медицински университет-София, Специалност..... Език на обучение..... Форма на обучение.....

/държавна поръчка или платена форма/

Положил/а съм /не съм полагал/а успешно кандидат-студентски изпити в Медицински университет- ..... през ..... год.

Прилагам следните документи:

1. Академична справка
2. ....
3. ....

Дата: ..... Подпис: .....

..... Г.

Съгласен/а съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за продължаване на обучението ми поради прехвърляне от МУ..... Информиран/а съм, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването като използвам „формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни“, чрез изпращане по имейл на [dro@mu-sofia.bg](mailto:dro@mu-sofia.bg).

Подпис:.....

СЪГЛАСУВАНО С ОТДЕЛ „УЧЕБЕН“: ...../Подпис на Р-л отдел „Учебен“/