

ДО
РЕКТОРА
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ
ПРОФ. Д-Р ВИКТОР ЗЛАТКОВ, ДМ

ЗАЯВЛЕНИЕ

От.....

/трите имена/

Гражданство:

Завършена специалност

Език на обучение Университет

Форма на обучение Тел./gsm:

/държавна поръчка или платена форма/

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

Заявявам своето желание да бъда записан/а от учебната 20.../20... г. в
Медицински университет-София за придобиване на втора магистърска степен
по специалността.....
..... Език на обучение.....

Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за завършено висше образование за ОКС „Магистър“
по специалността:от Университет.....

Дата:
..... Г.

Подпис:
.....

Съгласен/а съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за
приема и продължаване на обучението ми във втора магистърска степен

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.

Подпис:.....

СЪГЛАСУВАНО С ОТДЕЛ „УЧЕБЕН“:

/Подпис на Р-л отдел „Учебен“/