

Попълва се от кандидат-студенти за специалностите
Медицина, Дентална медицина и Фармация,

СЪСТЕЗАТЕЛЕН КАРТОН

Оценки от дипломата

Входящ номер				К
Попълва се от ВУЗ				

Биология			Химия		
Попълва се от ВУЗ					

По чл. 68	Близнак
Попълва се от ВУЗ	

Ще полага изпити по:

Изпит по биология

Изпит по химия

Ред на желанията:

Шифри на специалностите:

№ по ред	СПЕЦИАЛНОСТ	Шифър
1		
2		
3		

ОКС МАГИСТЪР /Специалност/	
Медицина	01
Дентална медицина	02
Фармация	03

Декларирам, че редът на специалностите и шифрите им съм попълнил
собственоръчно в съответствие с моите желания и поемам всички последици от
допуснатите от мен технически грешки.

Собственоръчен подпис на кандидат-студента: _____
/ подпис на кандидат-студента /

С уважение: _____

В У														
	Входящ №	Категория	Приел документите	Бал										
З	Забележка:													
П О П Ъ Л В А С Е О Т К А Н Д И Д А Т - С Т У Д Е Н Т А	ДО РЕКТОРА НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ- СОФИЯ													
	ЗАЯВЛЕНИЕ													
	От _____													
	ЕГН <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
	Постоянен адрес: град/село _____													
	Телефон за справки (GSM) _____													
	<i>Уважаеми господин Ректор,</i>													
	<i>Желая да кандидатствам в Медицински университет - София и да бъда класиран</i>													
	<i>/а/ съгласно посочения от мен ред на специалностите в състезателния картон.</i>													
	Съгласен/а/ съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за приемане на документите ми и публикуване на резултатите от конкурсните изпити по биология и химия и участие в класирането на интернет страницата на МУ- София /www.mu-sofia.bg/ .													
	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 dpo@mu-sofia.bg .													
<i>Подпис на кандидат-студента:</i>														
Прилагам следните документи:														
1. Копие от диплома за завършено средно образование.														
2. Фискален бон за платена такса.														
3.....														
Декларирам, че за неправилно попълнени от мен документи, няма да предявявам претенции.														
С уважение: _____														
/ Дата /		/ подпис на кандидат-студента /												

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаният /та / _____

Декларирам, че съм уведомен /а / за условията по Приложение № 1.

Декларатор: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ (попълва се при разлика в имената)

Подписаният /та / _____

декларирам, че посоченото в дипломата ми за средно (специално) образование

име _____ е мое.

Декларатор: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ (попълва се при подаване на документи от друго лице)

Подписаният /та / _____

(трите имена по лична карта)

ЕГН _____ адрес _____ родство (родител, близък)

_____ декларирам, че кандидат студентът е дал съгласието си за подаване на документите му от мен. Нанесените данни няма да бъдат оспорвани.

Декларатор: _____

Съгласен/а/ съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни при приемане документите на..... за кандидат- студент.

Дата: _____

Декларатор: _____