

ДО

РЕКТОРА НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-
СОФИЯ

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ.....

Роден/а.....В.....

Адрес:.....

Тел:.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,

Заявявам желанието си да ми бъде издаден дубликат на свидетелство
№.....рег.№..... от..... Фак.№....., специалност.....

Дубликата на свидетелство ми е необходимо поради.....

Прилагам:

Повреден оригинал на свидетелство – в случай на повреда;

Обява за невалидна диплома- в случай на изгубване;

1 бр. снимка

Документ за платена такса

Дата:.....

С уважение.....

Съгласен съм Медицински университет- София да обработва личните ми данни за изготвяне на дубликат на свидетелство за придобита специалност. Наясно съм и бях информиран, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, което не засяга законосъобразността на обработването, като използвам „Формуляр за оттегляне на съгласието на субекта на данни“ чрез изпращане на имейл на dpo@mu-sofia.bg, длъжностно лице по защита на личните данни.

Подпис.....