

ДО
ЗАМ.РЕКТОРА ПО УД
ПРИ МУ – СОФИЯ
ПРОФ. К. ЛЮБОМИРОВА, ДМ

ЗАЯВЛЕНИЕ

От.....
роден/а на.....в.....
живущ.....
ЕГН.....
GSM.....

УВАЖАЕМ ПРОФ. ЛЮБОМИРОВА,

Заявявам желанието си да ми бъде издаден дубликат на диплома

№....., рег.№.....от.....

Фак. №....., специалност.....

Дата:.....

С уважение.....

Съгласен съм Медицински университет – София да обработва личните ми данни за изготвяне на дубликат на диплома за висше образование. Наясно съм и бях информиран, 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, длъжностно лице по защита на личните данни.

Подпис:.....