

ЗАЯВЛЕНИЕ

От.....

Студент/ка в МУ-София в курс Специалност

Език на обучение

Форма на обучение.....

/държавна поръчка или платена форма/

Тел./gsm:

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

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

Прилагам следните документи:

1. Академична справка за специалност
2. Заявление със съгласие от Декана на
3. Заявление със съгласие от Декана на

Дата:

Подпис:

..... Г.

.....

Съгласен/а съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за продължаване на обучението ми отфакултет в факултет на МУ-София.

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.

Подпис:.....

СЪГЛАСУВАНО С ОТДЕЛ „УЧЕБЕН“:

/Подпис на Р-л отдел „Учебен“/