ДО РЕКТОРА

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ

ПРОФ. Д-Р БОЙЧО ЛАНДЖОВ, ДМ

ЗАЯВЛЕНИЕ / APPLICATION

Вх. №……………. /

От/ Name……………………………………………………………

Студент/ка в………………………………….. курс, Специалност ……………………………………………

Student in ……….. year, Specialty ……………………………………………………………………………….....

Език на обучение/ Language of instruction………………………………………….,

Университет/ University …………………………………….

Обучение (*държавна поръчка или срещу заплащане*)…………………………………………………

Education form (*state regular form or paid education*)…………………………………………………………………….

Телефон/ Mobile……………………………………………..

Уважаеми господин ректор,

Заявявам своето желание да продължа обучението си от учебната 20…/20… г. в Медицински университет-София, специалност……………………………………………………………, език на обучение ………………………………, обучение…………………………………………………………………………

(*държ. поръчка или обучение срещу заплащане*)

Положил/а съм**/** Не съм полагал/а успешно кандидат-студентски изпити в Медицински университет-…………………………… през ……………..г.

Прилагам следните документи:

1. Академична справка
2. …………………………………………….
3. ……………………………………………

Дата: Подпис:

……………………………………. …………………………………………

Съгласен/а съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за продължаване на обучението ми поради прехвърляне от МУ-………………………..

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 на имейл на DPO@mu-sofia.bg

Подпис …………………………

СЪГЛАСУВАНО С ОТДЕЛ „УЧЕБЕН“: ……………………………………………………………….

(Подпис на Ръководител отдел „Учебен“)

Dear Mr. Rector,

I hereby declare my intent to continue my education from the academic year 20… / 20… at the Medical University-Sofia, specialty ……………………………………………………………, language of instruction .........................., Education form …………………………………………………………………………

*(state regular form or paid education)*

I have passed / I have not successfully passed the candidate-student exams at the Medical University- …………………………… in ...…………… ..

I enclose the following documents:

1. Academic transcript

2. …………………………………………….

3. ……………………………………………

Date: Signature:

…………………………………………….. ………………………………………………..

Hereby, I agree that Medical University – Sofia will proceed my personal data when enrolling the documents and publishing the results of the entrance exam in English, Biology and Chemistry while participating in the list of candidates.

I am informed that I can disagree any time considering the personal data only which do not influence the legal part of the proceeding using the form for disagreement for data proceeding of the subject” by sending an email to dpo@mu-sofia.bg

 Signature: ……………………………………….

COORDINATED WITH EDUCATIONAL DEPARTMENT: ……………………………………………………………….

(Signature of Head of Educational Dept)