

ДО
РЕКТОРА
НА МУ – СОФИЯ
ПРОФ. Д-Р БОЙЧО ЛАНДЖОВ, дм

З А Я В Л Е Н И Е

1. От.....
2. Роден/а на.....В.....
3. Живуш/а.....
4. ЕГН.....
5. GSM.....

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

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

Причината за издаване на дубликат на диплома е следната:.....
.....

Дата:.....

С уважение.....

- Прилагам:
1. Обява за невалидна диплома и фактура от ежедневник
 2. Фискален бон за платена такса
 3. Актуална снимка – 1 брой

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 dpo@mu-sofia.bg, Длъжностно лице по защита на личните данни.

Подпис:.....

