

**МНЕНИЕ НА КАТЕДРАТА, В КОЯТО
ЩЕ СЕ ОБУЧАВА КУРСИСТЪТ**

/да/ _____ /не/ _____

Считано от _____ 20.. г.

За _____ дни /месеца/



З А Я В К А

Медицински факултет
при МУ - София

За постъпване в КУРС по

№ _____ по плана за _____ дни /месеца/, считано от _____ 20.. г.

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ, ТЕЛЕФОН и УИН КОД (БЛС)

МЕСТОРАБОТА на кандидата – град, заведение, заемана длъжност по щата

Общ трудов стаж /лекарски/ _____

Призната специалност: _____

Стаж по специалността _____

**РЪКОВОДИТЕЛ НА ЗАВЕДЕНИЕТО,
КОЕТО ПРЕДЛАГА КАНДИДАТА:**

/подпис, печат/

Дата на съставяне на заявката: