



МНЕНИЕ НА КАТЕДРАТА, В КОЯТО
ЩЕ СЕ ОБУЧАВА КУРСИСТЪТ

/да/ _____ /не/ _____

Считано от _____ 20.. г.

За _____ дни /месеца/

ЗАЯВКА
/ЗА СПЕЦИАЛИЗАНТИ/

Медицински факултет
при МУ - София

За ОБУЧЕНИЕ /индивидуално или курс/ по

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

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

МЯСТО НА ЗАЧИСЛЯВАНЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ НА КАНДИДАТА

- висше училище _____
- база за практическо обучение _____
- специалност, по която специализира _____

ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ /фин. от държавата, чл. 20, с/у заплащане, чужденец/

Завършени курсове от програмата за специализация /кога, къде и за колко време/:

Общ трудов стаж /лекарски/ _____

Призната специалност: _____

№ на книжката на специализацията _____

Дата на започване на специализацията _____

**РЪКОВОДИТЕЛ НА БАЗАТА
ЗА ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ:**

Дата на съставяне на заявката: