

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

/да/

/не/

Считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

За \_\_\_\_\_ дни /месеца/



Медицински факултет - София

**З А Я В К А**  
/ЗА СПЕЦИАЛИЗАНТИ/

За ОБУЧЕНИЕ /индивидуално или курс/ по

---

---

---

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

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ, ТЕЛЕФОН, e-mail и УИН КОД (БЛС )

---

---

**МЯСТО НА ЗАЧИСЛЯВАНЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ НА КАНДИДАТА**

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

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: