

**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 постъпване в КУРС по

---

---

---

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

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ, ТЕЛЕФОН, e-mail 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: