|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДО РЕКТОРА** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ГР. ПЛЕВЕН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **З А Я В Л Е Н И Е** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| от...................................................................................................................................................................................... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Вх. №…………………..** |  | **Бал:** | **..............................** |  |
|  |
| Постоянен адрес: |
| град/село ............................................................................. |
| област...............................................................община.................................................................................................... |
| телефон................................................................. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Желая да кандидатствам за обявения **прием на студенти срещу заплащане** в повереното Ви |
|  висше училище и класиран(а), съгласно посочения от мен ред на специалностите:  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Специалности по ред на избора:** |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Прилагам следните документи: (само за кандидати за специалност „Социални дейности“)** |
| 1. Диплома за завършено средно образование - копие от оригинала |
| 2. Квитанция за платена такса административно обслужване - 30 лв. (за кандидатите със служебна |
|  бележка или ДЗИ) |
| 3................................................................................................................... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ▪ Декларирам, че съм запознат(а) с нанесените и проверени данни и няма да ги оспорвам. |
|  ▪ Декларирам, че съм попълнил(а) реда на специалностите в съответствие с моите желания и  |
| поемам всички последици от допуснати от мен технически грешки. |
|  ▪ Декларирам, че съм съгласен(на) с условията за платено обучение и Правилника за прием. |
|  ▪ Известно ми е, че МУ-Плевен не осигурява специфични условия за обучение при  |
| заболяванията, посочени в Приложение 9 от Кандидатстудентския справочник за 2018 г. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| гр. Плевен С уважение: |
| ...........................2018 г. .......................................................... |
|  дата подпис |