1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**
2. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**

ДО РЕКТОРА

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. ПЛЕВЕН

**З А Я В Л Е Н И Е**

от ...............................................................................................................................

***/име, презиме, фамилия/***

ЛНЧ:…………………………………..

Тел…………….……………..email:…………………………….

Желая да се явя на изпита по биология на 10.10.2024 г. и да участвам в класиране в обявения прием за бакалавърскитре специалности за лица без гражданство или получили временна закрила на територията на Р България.

Желая да бъда класиран/а, съгласно посочения от мен ред на специалностите:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.…………….........................................................2……………..........................................................3……………..........................................................4……………..........................................................5.............................................................................. | 6.…………….................................................................7……………..................................................................8……………..................................................................9…………….................................................................. |

**Прилагам следните документи :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Сканирано копие на диплома за средно образование  |
|  | Сканиран документ за предоставена временна закрила на територията на Р България |
|  | Сканиран документ за платена такса - 70 лв. |
|  | Декларация за обработка на личните данни |

**Дата:** **Подпис:**