1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**



1. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**
2. **ТЕЛ. + 359 64 884 130; ФАКС. + 359 64 801 603**

ДО РЕКТОРА

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. ПЛЕВЕН

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

***/име, презиме, фамилия/***

ЕГН:…………………………………..

Тел…………….……………..email:…………………………….

Студент в ………………курс, по специалност ………………………………, фак. №………………….

Държавен прием / срещу заплащане

Желая да участвам в класиране на студенти по реда на чл.95а от ЗВО и Наредба за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател /ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г./, до завършване на курса на обучението ми по горната специалност

Приложено представям:

|  |  |
| --- | --- |
|  | предварително писмено заявено съгласие и намерение на работодател за сключване на договор по чл.95а от ЗВО /*по образец*/ |
|  | служебна бележка за получения състезателния бал на кандидата по време на кандидат-студентската кампания за 2021/2022 г., разделен на 6 (*осреднена стойност от броя на компонентите в балообразуването*) или |
|  | уверение за общ годишен успех за академичната 2020/2021 г. |

***( Поставете отметка (Х) в празните полета )***

Декларирам, че съм запознат/а със съдържанието на Наредба за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател /ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г./ и следващите ми се студентски права и задължения, в случай, че бъда класиран.

**Дата:** **Подпис:**