

**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: