

МНЕНИЕ НА КАТЕДРАТА, В КОЯТО  
ЩЕ СЕ ОБУЧАВА КУРСИСТЪТ

/да/

/не/

Считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

За \_\_\_\_\_ дни /месеца/



**ЗАЯВКА**  
/ЗА СПЕЦИАЛИЗАНТИ/

Медицински факултет - София

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 \_\_\_\_\_

ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ /фин. от държавата, с/у заплащане, чужденец/

Завършени курсове от програмата за специализация /кога, къде и за колко време/:

---

---

---

Общ трудов стаж /лекарски/ \_\_\_\_\_

Призната специалност: \_\_\_\_\_

№ на книжката на специализиращия \_\_\_\_\_

Дата на започване на специализацията \_\_\_\_\_

**РЪКОВОДИТЕЛ НА БАЗАТА**  
**ЗА ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ:**

---

Дата на съставяне на заявката: