

В У З					
	Входящ №	Категория	Приел документите	Бал	
	Забележка:				

П
о
п
ъ
л
в
а

с
е

о
т

к
а
н
д
и
д
а
т
-
с
т
у
д
е
н
т
а

ДО РЕКТОРА
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-
СОФИЯ

З А Я В Л Е Н И Е

От _____

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Постоянен адрес: град/село _____
Телефон за връзка (GSM) _____
Електронна поща _____

Уважаеми господин Ректор,

Желая да кандидатствам в Медицински Колеж - София и да бъда класиран /а/ съгласно посочения от мен ред на специалностите в състезателния картон.

Съгласен/а/ съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за приемане на документите ми и публикуване на резултатите от конкурсните изпити и участие в класирането на интернет страницата на МУ- София /www.mu-sofia.bg/.

Информиран/а/ съм, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването като използвам „Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни“ чрез изпращане по имейл на dpo@mu-sofia.bg.

Подпис на кандидат-студента:

Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за завършено средно образование.
2. Фискален бон за платена такса.
3.....

Декларирам, че за неправилно попълнени от мен документи, няма да предявям претенции.

С уважение: _____

/ Дата /

/ подпис на кандидат-студента /

МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ "Й.ФИЛАРЕТОВА" - МУ СОФИЯ

СЪСТЕЗАТЕЛЕН КАРТОН

Оценки от дипломата:

Входящ номер				К
Попълва се от ВУЗ				

Български език		
Попълва се от ВУЗ		

По чл. 68	Близнак
Попълва се от ВУЗ	

Ще полага:

☐ Писмен изпит

☐ Изпит по моделиране

Ред на желанията:

№ по ред	Специалност	Шифър

Шифри на специалностите:

ОКС „Професионален бакалавър” / специалност /	шифър
Медицински лаборант	01
Рентгенов лаборант	02
Зъботехник	03
Рехабилитатор	04
Помощник фармацевт	05
Инспектор по общ.здраве	06
Медицинска козметика	07
Масажист (с увредено зрение)	08

Декларирам, че редът на специалностите и шифрите им съм попълнил собственоръчно в съответствие с моите желания и поемам всички последици от допуснатите от мен технически грешки.

Собственоръчен подпис на кандидат-студента: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та)

.....

декларирам, че съм уведомен(а) за условията по Приложение №1.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

(попълва се при разлика в имената)

Долуподписаният(та)

.....

декларирам, че посоченото в дипломата ми за средно (специално) образование име.....

е мое.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та)

.....

декларирам, че всички подадени от мен документи за приемане в Медицински колеж „Йорданка Филаретова“- МУ- София са верни, а копията съответстват на оригиналите.

Уведомен(а) съм, че при установяване на подадените документи с невярно съдържание подлежа на отстраняване от Медицински колеж „Йорданка Филаретова“- МУ- София.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният(та)

..... декларирам, че
нямам предходно завършено висше образование субсидирано
субсидирано от държавата, съгласно чл.9, ал.3, т.6 от ЗВО) и в настоящия момент не
съм студент в друго висше учебно заведение.

Дата:.....

Декларатор:.....

В случай, че имате завършено висше образование, попълнете следната декларация:

ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният(та).....
..... имам завършено висше образование.

☐ държавна поръчка / ☐ платено обучение

ОКС: ☐ бакалавър/ ☐ магистър/ ☐ друго.....

Университет:.....

Специалност:.....

Година на дипломиране:.....

Дата:.....

Декларатор:.....