ЗДРАВНО ЗАВЕДЕНИЕ, КОЕТО ИЗПРАЩА КАНДИДАТА

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за постъпване в курс**

ИМЕ НА КУРСА : …………………………………………………........................

………………………………………………………………………….....................

№ …… от ..……………… 20.... г., в КАТЕДРА /СЕКЦИЯ/ по

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ на кандидата

…………………………………………………………………………......................

ЕГН............................................... УИН код ....................................................

Роден/а/.......................................... къде ............................................................

Диплома за висше образование серия..........., №..............,рег.№.................................

Дата на издаване..........................

От кое висше училище е издадена....................................................................

МЕСТОРАБОТА на кандидата - град, заведение, заемана длъжност

………………………………………………………………………….............

ОБЩ ТРУДОВ СТАЖ : .………… От него по специалността …................

Призната специалност : ……………………………………………...............

За специализиращите :

1. № на книжка на специализиращия : …………………..

2. Дата на започване на специализацията : ………………

ДАТА: РЪКОВОДИТЕЛ НА ЗАВЕДЕНИЕТО,

КОЕТО ПРЕДЛАГА КАНДИДАТА :