

**Образец №1**

**ПОИМЕНЕН СПИСЪК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ**  
за участие в курсове за следдипломна квалификация през 2018 г.

№ по ред	№ на курса по план - разписанието	Име, презиме, фамилия на кандидата	Месторабота	УИН	Телефон

ДИРЕКТОР НА РЗИ:.....

**Образец №2**

**ПОИМЕНЕН СПИСЪК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ**  
за провеждане на индивидуално обучение през 2018 г.

№ по ред	№ на обучението	Име, презиме, фамилия на кандидата	Месторабота	УИН	Телефон

ДИРЕКТОР НА РЗИ:.....

**МНЕНИЕ НА КАТЕДРАТА, В КОЯТО  
ЩЕ СЕ ОБУЧАВА КУРСИСТЪТ**

/да/

/не/

Считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

За \_\_\_\_\_ дни /месеца/



## **З А Я В К А**

Медицински факултет  
при МУ - София

За постъпване в КУРС по

---

---

---

№ \_\_\_\_\_ по плана за \_\_\_\_\_ дни /месеца/, считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

**ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ, ТЕЛЕФОН и УИН КОД (БЛС )**

---

---

---

**МЕСТОРАБОТА на кандидата – град, заведение, заемана длъжност по щата**

---

---

---

Общ трудов стаж /лекарски/ \_\_\_\_\_

Призната специалност: \_\_\_\_\_

Стаж по специалността \_\_\_\_\_

**РЪКОВОДИТЕЛ НА ЗАВЕДЕНИЕТО,  
КОЕТО ПРЕДЛАГА КАНДИДАТА:**

\_\_\_\_\_  
/подпис, печат/

Дата на съставяне на заявката:

**МНЕНИЕ НА КАТЕДРАТА, В КОЯТО  
ЩЕ СЕ ОБУЧАВА КУРСИСТЪТ**

/да/ \_\_\_\_\_ /не/ \_\_\_\_\_

Считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

За \_\_\_\_\_ дни /месеца/



**З А Я В К А**

Медицински факултет  
при МУ - София

За ИНДИВИДУАЛНО ОБУЧЕНИЕ по

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ по плана за \_\_\_\_\_ дни /месеца/, считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ, ТЕЛЕФОН и УИН КОД (БЛС )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

МЕСТОРАБОТА на кандидата – град, заведение, заемана длъжност по щата

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Общ трудов стаж /лекарски/ \_\_\_\_\_

Призната специалност: \_\_\_\_\_

Стаж по специалността \_\_\_\_\_

**РЪКОВОДИТЕЛ НА ЗАВЕДЕНИЕТО,  
КОЕТО ПРЕДЛАГА КАНДИДАТА:**

\_\_\_\_\_  
/подпис, печат/

Дата на съставяне на заявката:

**МНЕНИЕ НА КАТЕДРАТА, В КОЯТО  
ЩЕ СЕ ОБУЧАВА КУРСИСТЪТ**

/да/

/не/

Считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

За \_\_\_\_\_ дни /месеца/



Медицински факултет  
при МУ - София

**ЗАЯВКА**  
/ЗА СПЕЦИАЛИЗАНТИ/

За ОБУЧЕНИЕ /индивидуално или курс/ по

---

---

---

№ \_\_\_\_\_ по плана за \_\_\_\_\_ дни /месеца/, считано от \_\_\_\_\_ 20.. г.

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ, ТЕЛЕФОН 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, чл. 20, 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: