

вх.№

**ДО
ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТА ПО МЕДИЦИНА
ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
ГР. ВАРНА**

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

д-р,
ЕГН:....., дата и място на раждане:.....,
лична карта №:....., издадена наот
телефон за връзка:, e-mail:
Постоянен адрес:.....

УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,

Моля да ми бъде издадена **академична справка** за обучението ми по специалността „Медицина”, за периода от година до година.

Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за висше образование, издадена от МУ-Варна;
2. Документ за самоличност (връща се веднага след сверяване);
3. Документ за внесена сума – административна такса.

Дата:
гр. Варна

С уважение: