

(подпис)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Име фак. №.....

Специалност „Медицина“, група , курс.....

Адрес за кореспонденция:

Тел.: имейл:.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДЕКАН,

Моля да ми бъде разрешено да проведа преддипломния стаж в акредитирано лечебно заведение/университетска болница/ клиника в чужбина:

1. Вътрешни болести - 85 календарни дни, от до

В.....

(име на болницата/клиниката)

Хирургически болести - 75 календарни дни, от до.....

.....

(име на болницата/клиниката)

Детски болести - 51 календарни дни. от..... до.....

.....

(име на болницата/клиниката)

Акушерство и гинекология - 50 календарни дни, до.....
от

.....

(име на болницата/клиниката)

Декларирам:

1. Информиран/а съм, че Медицински университет - Варна ми е осигурил възможност за провеждането на практическо обучение (преддипломен стаж), съобразно учебния план по специалност „Медицина“ в акредитирано лечебно заведение в гр. Варна, таксата за което е включена в годишната такса за обучение за 6-ти курс.

2. Отказвам да проведа обучението в определеното за мен лечебно заведение по т. 1.
Практическото обучение (преддипломен стаж) ще проведа в болница/и
....., изцяло за моя сметка,
извън годишната такса за обучение и на моя отговорност. Информиран/а съм, че след
приключването му, проведеното от мен практическо обучение (преддипломен стаж) ще бъде
признато от Медицински университет - Варна, ако отговаря на критериите и условията на
университета с които съм запознат/а предварително.
3. Информиран/а съм, че Медицински университет - Варна не заплаща никакви осигуровки,
застраховки и други разходи, както и че не носи никаква отговорност във връзка с обучението,
което ще проведа в болница/и
..... и съм съгласен с това.
4. Информиран/а съм, че мога да положа изпитите по съответните дисциплини от преддипломния
стаж след признаването им от Медицински университет - Варна, съгласно предварително
утвърдения от Декана График за преддипломен стаж.

Прилагам:

1. Декларация от университетска болница
- 2.....

Варна,
(дата)

С уважение
(подпис)