

**З А Я В Л Е Н И Е**  
**(за професионалисти по здравни грижи)**

1. За обучение в КУРС №.....от план-разписанието на ВМА, **НА ТЕМА**.....  
.....  
.....

считано от.....20.....г., с продължителност от .....учебни дни,  
в катедра /клиника/лаборатория/ отделение/.....  
.....

2. Данни на кандидата:

.....  
/ звание, трите имена, академична длъжност, научна степен /  
.....

ЕГН..... УИН.....

/БАПЗГ/.....

Телефон за контакт.....

Email:.....

3. Месторабота:.....

Адрес:.....

.....  
/Ръководител на заведението,  
изпращащо кандидата/

.....  
/подпис на кандидата/

.....  
/ дата /