

Приложение №1 към Правила за работа на Програмата на Столична община за финансово подпомагане на медицински специалисти по здравни грижи, обучаващи се във Факултета по общественото здраве към Медицински университет – София

ЗАЯВЛЕНИЕ

за включване в Програмата на Столична община за финансово подпомагане на медицински специалисти по здравни грижи, обучаващи се във Факултета по общественото здраве към Медицински университет – София

от

(трите имена на заявителя по лична карта (към датата на подаване на заявлението))

Гражданство:

Постоянен адрес: гр. (с.)

Настоящ адрес: гр. (с.)

Адрес за кореспонденция:

Телефон за контакт:

E-mail:

Студент във факултет:

Университет:

Форма на обучение:

Курс:

Семестър:

Специалност:

С настоящето заявявам желание да бъда включен/а в Програмата на Столична община за финансово подпомагане на медицински специалисти по здравни грижи, обучаващи се във Факултета по общественото здраве към Медицински университет – София.

Прилагам следните документи:

1. Копие от документ за самоличност;
2. Копие от диплома за средно образование *(В случай че кандидатът е новоприет студент)*;
3. Студентска книжка – заверено копие *(При подаване на заявлението се представя и оригинала)*;
4. Документ от висшето учебно заведение, удостоверяващ, че студентът е записан за съответния семестър и се обучава по специалност „Медицинска сестра“ или по специалност „Акушерка“;
5. Мотивационно писмо;
6. Удостоверение за лична банкова сметка.
7. Други:

Дата:

Име, фамилия и подпис на заявителя:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЦВЕТОМИР ПЕТРОВ