

**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ  
НА СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ "СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ"  
ОБЯВЯВА МЕСТА**

за специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, на които теоретичното обучение ще бъде заплащано от държавата на основание заповед № РД-19-2/15.09.2016 г. на Министъра на здравеопазването и чл. 46 ал.1 от Наредба № 1/2015 г. на МЗ,

За местата могат да кандидатстват специализанти, обучаващи се по специалности и регистрирани в МФ на СУ „Св. Климент Охридски“ въз основа на Наредба №1/2015 г. на МЗ, които са български граждани, граждани на държави – членки на Европейския съюз, на другите държави от Европейското икономическо пространство и на Швейцария, както и чужденците, които имат разрешено постоянно пребиваване в Република България, бежанците и чужденците от българска народност.

Документи за участие в конкурсите се подават до 30.10.2016 г. всеки работен ден от 9,00 до 12,00 часа и от 13,00 до 15,30 часа в Деканата на Медицински факултет ул. "Козяк" №1 (стъклената сграда в парка на Университетска болница "Лозенец"), стая № 5.

Обявата е публикувана на страницата на Медицински факултет на СУ „Св. Климент Охридски“ на 3.10.2016 г.

**Необходими документи за участие:**

**Необходими документи за участие в конкурс с провеждане на изпит по специалността:**

1. Заявление-образец – получава се от Деканата на МФ или на горепосочения интернт-адрес.
2. Нотариално заверено копие от дипломата за висше образование
3. Служебна бележка от ЛЗ-база за практическо обучение за наличие на ТД (за клиничните специалности).

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
„СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

1407 София Ул. "Козяк" №1  
Тел: 02 96 07 336; 311



SOFIA UNIVERSITY  
"ST. KLIMENT OHRIDSKI"  
FACULTY OF MEDICINE

1407 Sofia, 1, Kozyak str.;  
Tel: : 02 96 07 336;311

Вх. №...../.....2016 година

ДО  
ДЕКАНА  
НА МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ  
НА СУ "СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ"

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От .....  
*Име, презиме и фамилия по лична карта!*

Лекар, специалист по.....

В база за практическо обучение .....

**Адрес за кореспонденция**

Пощенски код:

Населено място:.....област.....

Бул., Ул.№.....ж.к.....бл.....вх.....ет.....

Тел:.....GSM:.....e-mail:.....

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДЕКАН,**

Моля, да бъде допуснат(а) до конкурс по документи за заемане на място, съгласно Заповед №-19-2/15.9.2016 г. на Министъра на здравеопазването за финансиране от държавата на обучението по чл.40, ал.1.(т.е. на теоретичното обучение)

по специалността.....

**Прилагам следните документи:**

1. Заявление-образец – получава се от Деканата на МФ или на горепосочения интернт-адрес.
2. Нотариално заверено копие от дипломата за висше образование
3. Служебна бележка от ЛЗ-база за практическо обучение за наличие на ТД (за клиничните специалности)-

София  
.....  
дата

С уважение:.....  
подпис