

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та)

.....

декларирам, че съм уведомен(а) за условията по Приложение №1.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

(попълва се при разлика в имената)

Долуподписаният(та)

.....

декларирам, че посоченото в дипломата ми за средно (специално) образование име.....

е мое.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та)

.....

декларирам, че всички подадени от мен документи за приемане в Медицински колеж „Йорданка Филаретова“- МУ- София са верни, а копията съответстват на оригиналите.

Уведомен(а) съм, че при установяване на подадените документи с невярно съдържание подлежа на отстраняване от Медицински колеж „Йорданка Филаретова“- МУ- София.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та)

.....

ЕГН..... постоянен адрес:.....

Декларирам, че не се обучавам за придобиване на същата или по-висока образователно- квалификационна степен в друго държавно висше училище.

Декларирам настоящото във връзка с изискванията по чл.91, ал.7, т.2 от Закона за висшето образование.

Дата:.....

Декларатор:.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Съгласен(а) съм Медицински колеж „Йорданка Филаретова“- МУ-София да обработва личните ми данни при приемане документите на

.....

за кандидат- студент.

Дата:.....

Декларатор:.....