

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният(та)

.....

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

Дата:.....

Декларатор:.....

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

.....

за кандидат- студент.

Дата:.....

Декларатор:.....