

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:.....

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

.....

за кандидат- студент.

Дата:.....

Декларатор:.....