

ДЕКЛАРАЦИЯ

(попълва се при разлика в имената)

Долуподписаният(та)

.....

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

е мое.

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:.....