

**ДО ДИРЕКТОРА  
НА МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ  
“ЙОРДАНКА ФИЛАРЕТОВА” –  
МУ– СОФИЯ  
ПРОФ. ЗАХАРИНА САВОВА, ДМ**

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

ОТ .....

ЕГН..... дата и място на раждане .....

Адрес:.....

Телефон: .....

Уважаема г-ж Директор,

Моля, да ми бъде издадена академична справка, справка, формуляр удостоверение, диплома дубликат (подчертайте нужния документ).

Документът ми е необходим за/пред .....

Завършил/а съм медицинското си образование в .....

през .....год. по специалността.....

(преквалификация през .....год)

Прилагам: 1. Копие от дипломата {дипломите}

2.....

СОФИЯ

Подпис:

дата .....

Съгласен/на съм Медицински колеж „Йорданка Филаретова” - МУ-София да обработва личните ми данни за изготвяне на заявления от мен документ.

Наясно съм и бях информиран/а, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването, като използвам „Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни”, чрез изпращане по имейл на [dpo@mu-sofia.bg](mailto:dpo@mu-sofia.bg) до длъжностното лице по защита на личните данни.

дата .....

Подпис: .....