



ОТДЕЛ "СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ"
4002 Пловдив Бул. Васил Априлов 15А
Тел: 032 / 200 709, 200 717, 200 720,
200 721, 200 722, 200 723
p.st.d@mu-plovdiv.bg

DEPARTMENT "POSTGRADUATE TRAINING"
4002, Plovdiv, Bul. Vasil Aprilov
tel.032/200 709,200 717,200 720,
200 721, 200 722, 200 723
p.st.d@mu-plovdiv.bg

Вх.№.....

ДО
ПРОФ. Д-Р АНГЕЛ УЧИКОВ, ДМН
РЕКТОР
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
ГР. П Л О В Д И В

ЗАЯВЛЕНИЕ

за курс следдипломна квалификация с продължителност 2 семестъра

«ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В ДЮВ»

от

☎ за връзка e-mail

адрес за кореспонденция: гр./с.ул./бул.

№..... вх..... ет..... ап.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,

Моля, да ми бъде разрешено обучение в курс за следдипломна квалификация по **Психология и психотерапия в ДЮВ** с ръководител доц. д-р Златослав Арабаджиев, дм през учебната **2026/2027 г.**

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ КЪМ ЗАЯВЛЕНИЕТО:

1. Диплома за придобита образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ с приложение към нея или уверение, издадено от обучителната институция **ДА/НЕ**
2. Снимки – 2 броя */паспортен формат/* **ДА/НЕ**
3. Декларация */задължително попълнена/* **ДА/НЕ**
4. Копие на документ за самоличност **ДА/НЕ**
/да се подчертае верния отговор/

***таксата за 1-ви семестър се прилага към набора от документи**

дата:Г.
гр. Пловдив

С уважение: