

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаният(ата),
(име, презиме и фамилия)

ЕГН, с постоянен адрес:

гр. (с.) област:,

ул.: №

Декларирам, че не страдам от заболявания, които са противопоказани за обучение в
желаните от мен специалности.

Дата: Декларатор:
(подпис на кандидат-студента)