ДО

ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР НА

МБАЛ „Д-Р ИВАН СЕЛИМИНСКИ-СЛИВЕН” АД

ГР. СЛИВЕН

**З А Я В Л Е Н И Е**

Долуподписаният/та/...........................................................................................*(собствено, бащино, фамилно име)*притежаващ/а/ лична карта № .......................... издадена от ................................. на .................... г., ЕГН ………........... живущ/а/ на адрес:………………………………………………………….………………………… тел.................................................., e-mail: .....................................................................

**УВАЖАЕМИ Д-Р ПЕТРОВ**,

Желая да участвам в обявения на основание Заповед № РД-19-5/11.08.2025г.на Министъра на здравеопазването и на основание чл.90 и 91 от Кодекса на труда, във връзка с чл.11 т.1, чл.17, ал.3 и ал. 5 и чл.47б от Наредба № 1/22.01.2015 г. на Министерството на здравеопазването за придобиване на специалност в системата на здравеопазването **КОНКУРС** за лекари специализанти на места финансирани от държавата, при МБАЛ „Д-р Иван Селимински-Сливен” АД гр. Сливен за:

……………………………………………………………………………….

*/наименование на специалността, за която се участва/*

Прилагам изискуемите документи, доказващи съответствието с изискванията за участие в конкурса:

1. Заявление по образец за участие в конкурса
2. CV – BG – европейски формат/по образец/
3. Копие от диплома за завършено висше медицински образование – магистър по медицина /Академична справка/
4. Свидетелство за съдимост
5. Медицинско свидетелство за работа
6. Копие от други документи,удостоверяващи професионалната квалификация на кандидата, ако има такива.
7. Удостоверение от БЛС
8. Други*/ако кандидатът желае да представи/*…………………………

**С уважение**:…………………..

/……………………………………/