



Агенция за социално подпомагане



Проект № 2014BG05M9OP001-2.2015.001-C0001
„Нови възможности за грижа”

Приложение № 1

ОБЩИНА/РАЙОН

Вх.№/дата

**ДО
КМЕТА НА**

.....
ГР.

З А Я В Л Е Н И Е
за кандидатстване от медицински специалист по
Проект „Нови възможности за грижа”

От

.....
(трите имена на лицето, кандидатстващо за медицински специалист)

ЕГН лична карта №....., издадена на от
МВР - гр.;

Настоящ адрес: гр.(с) ж.к. ул..... №,
бл., вх., ет., ап.,

телефон/и:.....
електронен адрес:

Заявявам, че желая да бъда нает/а като медицински специалист по проект „Нови възможности за грижа”.

Трудов статус:

безработен/а

трудово заето лице:

нает/а

самонает/а

пенсионер



Агенция за социално подпомагане



Проект № 2014BG05M9OP001-2.2015.001-C0001
„Нови възможности за грижа”

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото Заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Прилагам следните документи:

- документ за самоличност (*за справка*)
- автобиография
- диплома за базово медицинско образование - №....., издадена от.....
.....;образователно-квалификационна степен.....;
специалност(копие);
- документ, доказващ професионален медицински опит минимум 1 година (*служебна бележка от работодател/ трудова книжка/ др.*)
- служебна бележка от месторабота, удостоверяваща, че кандидатът работи (ако е трудово ангажиран)
- пенсионно разпореждане (*ако кандидатът е пенсионер*)

Дата:

Кандидат:
(*подпис*)

Приел заявлението:

.....
(*име, фамилия и подпис*)