

# КАРТА ЗА ЗАПИСВАНЕ за студенти в бакалавърски програми

20\_\_/20\_\_ УЧЕБНА ГОДИНА

F

средно \_\_\_\_\_

МЯСТО  
за  
СНИМКА

## ЛИЧНИ ДАННИ

1 Кандидатстудентски номер К

2 Име \_\_\_\_\_

Презиме \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

3 Пол  мъжки  женски

4 ЕГН

5 Дата и място на раждане:

Дата на раждане \_\_\_\_\_

Държава \_\_\_\_\_

Област \_\_\_\_\_

Град (село) \_\_\_\_\_

6 Гражданство \_\_\_\_\_

7 Адрес за получаване на кореспонденция:

Пощ. код

Държава \_\_\_\_\_

Град (село) \_\_\_\_\_

Област \_\_\_\_\_

Квартал \_\_\_\_\_

Улица, № \_\_\_\_\_

блок \_\_\_\_\_ вход \_\_\_\_\_ етаж. \_\_\_\_\_ ап. \_\_\_\_\_

Телефони за връзка  
(вкл. кодове за автоматично избиране): \_\_\_\_\_

8 Email адрес(и): \_\_\_\_\_

*Попълва се от новоприети и  
прехвърлили се студенти:*

1 Образование \_\_\_\_\_

средно  професионален

бакалавър

магистър

№ и дата на издаване на дипломата:

\_\_\_\_\_

Име и местонахождение на образователната  
институция \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Среден успех: \_\_\_\_\_

Специалност \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 Прехвърлен от:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпис на студента:

Дата: ...../...../ 20..... г.

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ за студенти редовно обучение под 26 години

На основание на чл.40, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване, аз долуподписаният:

име, презиме, фамилия \_\_\_\_\_ ЕГН

декларирам, че от дата \_\_\_\_\_.20\_\_ г. \_\_\_\_\_ не получавам  
получавам догоди по смисъла на чл. 40 от  
(задраскайте излишното)

Закона за здравното осигуряване.

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност според Наказателния кодекс на Република България.

При промяна на декларираното състояние се задължавам да подам нова декларация в отдел "Студенти" на НБУ в рамките на месеца, през който тази промяна е извършена.

Äòà:

Подпис на декларатора:

Може да се запишете и по  
електронен път на адрес:

<http://student.nbu.bg>