



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Заместник-министър на здравеопазването

Изх. № УДО-К-65/15,01.....2018г.

ДО
ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВСКИ
ЧРЕЗ
ИВАН СТОЙКОВ

1113 СОФИЯ

На Наш № УДО-К-65/03.07.2017г.

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИХАЙЛОВСКИ,

Във връзка със заявление, вх. № УДО-К-65/03.07.2017г., приложено Ви изпращам писмо с изх. № УДО-К-65/20.11.2017г. Същото е върнато в Министерството на здравеопазването от „Български пощи“ ЕАД с отбелязване „Пратката не е потърсена от получателя”.

Приложение: писмо с изх. № УДО-К-65/20.11.2017г. - 3 стр.

С уважение,

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър

(Съгласно Заповед № РД-01-394/16.11.2017г.)





РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Заместник-министър на здравеопазването

Изм. № УДО-К-65/.....20.11.....2017г.

ДО
ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВСКИ
ЧРЕЗ
ИВАН СТОЙКОВ

1113 СОФИЯ

На Наш № УДО-К-65/03.07.2017г.

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИХАЙЛОВСКИ,

Във връзка със заявление, вх. № УДО-К-65/03.07.2017г. за признаване на професионална квалификация „лекар по дентална медицина“, Ви уведомявам за решението на Комисията по признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването (Комисията):

Като взе предвид представените от Вас документи за проведеното обучение за придобиване на професионална квалификация „лекар по дентална медицина“, на основание § 3б от ДР на ЗППК и чл. 2а, ал. 1, т. 1 и т. 2, чл. 9а и чл. 11а от Наредба № 12 от 8 април 2009г. за условията и реда за провеждане и оценяване на стажа за приспособяване и на изпита за правоспособност, министърът на здравеопазването Ви предлага да се явите на изпити по следните дисциплини: Детска дентална медицина; Материалознание; Специална хирургия, вкл. локална анестезия и болкоуспокояващи в денталната медицина. Орална лицево-челюстна хирургия и да проведете допълнително обучение по следните учебни дисциплини: Дентална алергология – с продължителност 30 учебни часа; Образна диагностика (обща и специална) – с продължителност 90 учебни часа; Физиотерапия (обща и специална) – с продължителност 30 учебни часа.

В едномесечен срок от получаване на настоящото уведомление следва да уведомите писмено министъра на здравеопазването за съгласието си с определената компенсационна мярка чрез попълване на приложената декларация по образец.

За организиране и провеждане на изпитите и допълнителното обучение следва да се обърнете към висше училище на територията на Република България.

Приложение: образец на декларация.

С уважение,

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър

(Съгласно Заповед № РД-01-394/16.11.2017г.) 2



ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният

.....
(трите имена, гражданство, дата и място на раждане, ЕГН)
паспорт (лична карта) №, издаден/а на от
.....,
адрес в България,
телефон

Изразявам съгласието си с определените от министъра на здравеопазването мерки по § 3б, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации:

- да премина допълнително обучение по учебните дисциплини, които не са изучавани или са изучавани в недостатъчен обем и съдържание;
- да положи изпити;
- да проведе стаж.

(определените от министъра на здравеопазването една или няколко мерки се отбелязват със знак „х“)

Дата:

Подпис:

Град