



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

София-1000, пл. Св. Целестина 5

тел.: 93 01 105, факс: 987 39 04

Изх. № УДО-К-13

София 2311 2012г.

ДО  
ТАТЯНА СОТИРОВА  
УЛ. ОРЛОВО ГНЕЗДО № 1  
С. ИВАНЯНЕ  
ОБЩИНА СТОЛИЧНА  
ОБЛАСТ СОФИЯ

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО СОТИРОВА,**

Във връзка със заявление, вх. № УДО-К-13/14.02.2012г., за признаване на професионална квалификация „лекар“, Ви уведомявам за решението на министъра на здравеопазването:

На основание чл. 29, ал. 1, чл. 31, ал. 2, т. 3 от ЗППК, чл. 2, ал. 2 и чл. 8, ал. 1 и ал. 2 от Наредба № 12 от 8 април 2009г. за условията и реда за провеждане и оценяване на стажа за приспособяване и на изпита за правоспособност, комисията е предложила на министъра на здравеопазването да изиска от Вас да положите изпит за признаване на правоспособност, който да обхваща следните учебни дисциплини: Вътрешни болести; Хирургия; Педиатрия; Инфекциозни болести.

На 20.09.2012г. (в срока за изразяване на съгласие с предложената компенсационна мярка) е постъпила молба от Вас, в която молите да се преразгледа Вашия случай. В молбата си сте посочила, че сте започнала да упражнявате професията „лекар“ на територията на Р България през 1987г. и продължавате да работите и към настоящия момент.

След като обсъди молбата Ви, комисията реши да потвърди предложението си изразено в Протокол № 191 от 06.07.2012г., на основание чл. 29, ал. 1, чл. 31, ал. 2, т. 3 от ЗППК, чл. 2, ал. 2 и чл. 8, ал. 1 и ал. 2 от Наредба № 12 от 8 април 2009г. за условията и реда за провеждане и оценяване на стажа за приспособяване и на изпита за правоспособност да положите изпит за признаване на правоспособност, който да обхваща следните учебни дисциплини: Вътрешни болести; Хирургия; Педиатрия; Инфекциозни болести.

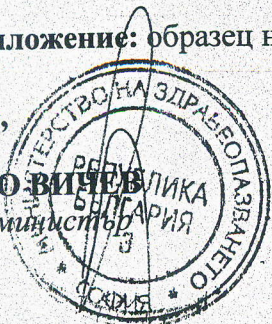
В едномесечен срок от получаване на настоящото уведомление следва да уведомите писмено Министъра на здравеопазването за съгласието си с определената компенсационна мярка чрез попълване на приложената декларация по образец.

**Приложение: образец на декларация.**

С уважение,

**Д-Р МИНЧО ВИЧЕВ**

Заместник-министър



## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният .....

(трите имена, гражданство, дата и място на раждане, ЕГН/ЛНЧ)

Паспорт (лична карта) № ....., издаден/а на .....

от .....

адрес в България.....

телефон .....

Изразявам съгласието си с определената от министъра на  
здравеопазването мярка:

да премина стаж за приспособяване;

да положи изпит за признаване на правоспособност.

(определената от министъра на здравеопазването мярка се отбелязва  
със знак "x")

Дата: ..... Подпис: .....

Град .....