**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Приложение № 1

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаният/ата .…………………………………………………………………………

(имена по документ за самоличност на специализанта)

ЕГН/ЛНЧ: , гражданство .................................................

Постоянен адрес: ………..............................................................................………………......,

**декларирам следното:**

1. Наясно съм, че финансирането на таксите за теоретичното и практическото ми обучение по проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“ е допустимо само за времето, за което те не се заплащат от друг източник, включително от мен.

2. Таксите за теоретичното и практическото ми обучение не се заплащат/няма да се заплащат от друг източник, включително от мен, считано от датата на сключване на Договора за финансиране на обучение за придобиване на специалност по проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“ до края на периода на финансирането на обучението ми по проекта, поради което могат да бъдат финансирани със средства по проекта.

3. Наясно съм, че ако с мен бъде сключен договор за финансиране по проекта, по силата на същия ще бъда задължен да уведомявам Министерството на здравеопазването за всяка промяна в декларираните с настоящата декларация обстоятелства в 7-дневен срок от настъпването им.

4. Наясно съм, че за неверни данни се носи наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: ……………….. г. Декларатор: