**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.

2. Таксите за теоретичното и практическото ми обучение не се заплащат/няма да се заплащат от друг източник, считано от 01.08.2017 г. 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: