Tiranë, më \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_

**FORMULAR APLIKIMI**

Në vijim të njoftimit të datës \_\_/\_\_/\_\_\_\_ , publikuar në faqen zyrtare të internetit të Universitetit të Mjekësisë, Tiranë, mbi “*Hapet thirrja për aplikime për studentët në Universitetin Mjekësor të Sofies, Bullgari, në kuadër të Programit Erasmus+, për semestrin e dytë të vitit akademik 2023-2024*”*,* shpreh interesin për të aplikuar për mobilitet, në cilësinë e studentit /es të vitit \_\_\_\_, në programin e studimit të ciklit të dytë, pranë Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Mjekësisë, Tiranë, dega Mjekësi e Përgjithshme / Mjekësi Dentare.

Në mbështetje të aplikimit tim, lutem bashkëlidhur gjeni dokumentet sa më poshtë listuar:

1.

2

3.

4.

5.

6.

7.

Përsa më sipër, deklaroj me vullnet të lirë dhe të plotë se, mbaj përgjegjësi personale për të gjithë dokumentet e dorëzuara, origjinale ose fotokopje të noterizuara.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Emri, Mbiemri)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Nënshkrimi)**

Email:

Cel: