| **СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ****“СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”**1504, СОФИЯ, БЪЛГАРИЯБУЛ. ЦАР ОСВОБОДИТЕЛ 15Тel. 00 3592 9308 387E-mail: summer\_seminar@slav.uni-sofia.bg |  | **SOFIA UNIVERSITYST. KLIMENT OHRIDSKI**1504, SOFIA, BULGARIA15 TSAR OSVOBODITEL BD.Fax. 003592 9460255www.slav.uni-sofia.bg/index.php/summer-seminar |
| --- | --- | --- |

**ЛЕТЕН СЕМИНАР ПО БЪЛГАРСКИ ЕЗИК И КУЛТУРА**

**ЗА ЧУЖДЕСТРАННИ БЪЛГАРИСТИ И СЛАВИСТИ**

**(14 юли – 3 август 2024)**

**SUMMER SEMINAR OF BULGARIAN LANGUAGE AND CULTURE**

**FOR FOREIGN SCHOLARS AND STUDENTS**

**(July 14th – August 3th 2024)**

|  1 Снимка1 Photo3 x 4,5 cm |
| --- |

**ЗАЯВКА ЗА УЧАСТИЕ**

**APPLICATION FORM**

**Форма на участие:**

**Form of participation:**

[1] Стипендия от Министерството на образованието и науката на Р България

(Scholarship of Ministry of Education and Science of Republic of Bulgaria)

[2] Стипендия от Софийския университет (Scholarship of Sofia University)

[3] На собствени разноски (On my own)

[4] Съпровождам на собствени разноски (фамилия и име):

 Dependant of (Family name and First name):

| **Фамилия**Family name |  | **Име**First name |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Титла**Title/ Degree |  |  |
| **Гражданство**Citizenship |  |  |
| **Университет/ Институция**University/ Institution |  |
| **Дата на раждане**Date of birth |  | **Място/държава на раждане**Place/Country of birth  |  |

| **Владея следните езици:**Fluency of languages: |  |
| --- | --- |

**Зная български език:** *Не зная.* *слабо много добре отлично*

I speak Bulgarian language: *I don't. poorly very well fluently*

**Желая да посещавам Специализиран семинар по:**

I wish to attend the seminar in:

| *Български език и превод/ Bulgarian Language and Translation* |  |
| --- | --- |
| *или/ or* |  |
| *Българска литература и културна антропология на българите**Bulgarian Literature and Cultural Anthropology of Bulgarians* |  |

**Вегeтарианец/ка съм:** *Да          Не*

I am a vegetarian: *Yes         No*

**Имам заболявания, които изискват по-специални грижи:** *Да Не*

I have a medical condition that requires special care: *Yes* *No*

| **Пощенски адрес:**Postal address: |  |
| --- | --- |
| **Телефон:**Phone number: |  |
| **Е-mail адрес:**E-mail address: |  |

| **В случай на непредвидени обстоятелства, име, телефон, e-mail адрес на мои близки:**In case of an emergency – name, phone number, e-mail address of my next of kin: |  |
| --- | --- |

| Дата (Date) |  | Подпис (Signature): |  |
| --- | --- | --- | --- |