

Ja, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, rođen \_\_\_\_\_  
(ime i prezime) (očevo ime) (datum rođenja)  
(*upisati velikim tiskanim slovima*)

dajem sljedeću

## IZJAVU

DA SE OSJEĆAM PSIHIČKI I FIZIČKI SPREMAN/A ZA STUDIJ KOJI SE IZVODI NA  
MEDICINSKOM FAKULTETU SVEUČILIŠTA U SPLITU:

(zaokružiti ponuđeni studijski program)

1. Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij **MEDICINA**
2. Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij  
**DENTALNA MEDICINA (STOMATOLOGIJA)**

SPREMAN SAM PREUZETI SVU ODGOVORNOST KOJA PROISTJEČE IZ OVE MOJE  
IZJAVE.

U \_\_\_\_\_  
(mjesto)

DATUM, \_\_\_\_\_ 2011.

VLASTORUČNI POTPIS PRISTUPNIKA

\_\_\_\_\_