

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

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

U _____
(mjesto)

DATUM, _____ 20____.

VLASTORUČNI POTPIS PRISTUPNIKA
