



Ak. godina 2014./2015.
PRIJAVA broj:
PRIJAVA zaprimljena:
(popunjava fakultet)

**OBRAZAC PRIJAVE ZA PROVJERA PSIHOMOTORIČKIH SPOSOBNOSTI**  
za integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij  
**DENTALNA MEDICINA**

Prezime:

Ime:

JMBG:

OIB:

Datum rođenja:

Država rođenja:

Mjesto rođenja:

Državljanstvo:

Završena škola:

Mjesto škole:

Godina mature:

Adresa pristupnika:

Kontakt e-mail:

Kontakt mobitel:

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2014.  
(mjesto prijave) (dan i mjesec)

\_\_\_\_\_  
(potpis pristupnika)

Prijavi prilažem:

- dokaz o uplati troškova za provjeru psihomotoričkih sposobnosti