



Ak. godina 20__./20__.
PRIJAVA broj:
PRIJAVA zaprimljena:
(popunjava fakultet)

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

Prezime:

Ime:

OIB:

Datum rođenja:

Država rođenja:

Mjesto rođenja:

Državljanstvo:

Završena škola:

Mjesto škole:

Godina mature:

Adresa pristupnika:

Kontakt e-mail:

Kontakt mobitel:

U _____, _____ 20__.
(mjesto prijave) (dan i mjesec)

(potpis pristupnika)

Prijavi prilažem:

- dokaz o uplati troškova za provjeru psihomotoričkih sposobnosti