

USTANOVA:

**POTVRDA NADLEŽNOG ŠKOLSKOG LIJEČNIKA
O ZDRAVSTVENIM I PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA ZA STUDIJ DENTALNE MEDICINE**

Ime i prezime pristupnika: _____

Datum rođenja (dan, mjesec, godina): _____

Mjesto stalnog boravka (mjesto, ulica, kućni broj): _____

Nakon pregleda pristupnika, uvida u dostupnu medicinsku dokumentaciju (uključujući i podatke o obveznom cijepljenju) i upitnika koji je pristupnik ispunio te potpisao propisani obrazac, nadležni školski liječnik daje slijedeće mišljenje o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za Studij dentalne medicine:

Nadležni školski liječnik: _____

(potpis i faksimil)

Mjesto: _____

Datum: _____

Napomena:

- a) Pristupnik nema zdravstvenih i psihofizičkih teškoća koje su zapreka za Studij dentalne medicine te se izdaje potvrda.
- b) Pristupnik je upozoren da zbog zdravstvenih i/ili psihofizičkih teškoća koje ima, mogu prosteći teškoće tijekom studiranja, a za to snosi osobnu odgovornost. Potvrda se izdaje uz navedeno upozorenje.
- c) Pristupniku se zbog zdravstvenih i /ili psihofizičkih teškoća ne preporuča upis na Studij dentalne medicine.