PRIJAVA obavljanja stručne prakse

akademska \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . godina

|  |  |
| --- | --- |
| Opći podatci - student | |
| Ime i prezime | Click or tap here to enter text. |
| JMBAG | Click or tap here to enter text. |
| Smjer i godina studija | Click or tap here to enter text. |
| Kontakt telefon i e-mail adresa | Click or tap here to enter text. |

Prijavljujem Prodekanu za nastavu obavljanje stručne prakse.

|  |  |
| --- | --- |
| Podatci o ustanovi | |
| Puni naziv zdravstvene ustanove i adresa | Click or tap here to enter text. |
| Mentor stručne prakse | Click or tap here to enter text. |

U Rijeci, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis studenta

|  |  |
| --- | --- |
| Podatci o ustanovi | |
| Suglasnost Prodekana za nastavu Medicinskog fakulteta u Rijeci |  |
| Pečat |  |