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  |  |