|  |
| --- |
| Unesite ime i prezime |
| Ime i prezime |
| Unesite adresu |
| Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica i br.) |
| Unesite br. mobitela |
| Broj telefona/mobitela |
| Unesite e-mail |
| E-mail |

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE UVJERENJA O UJEDNAČAVANJU AKADEMSKOG/STRUČNOG NAZIVA**

Molim da mi se sukladno odredbama čl. 114. stavak. 8. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti (NN 119/22) izda uvjerenje o ujednačavanju akademskog/stručnog naziva prema novim propisima, temeljem

|  |  |
| --- | --- |
| BROJ DIPLOME/POTVRDE | Unesite broj diplome/potvrde |
| DATUM DIPLOMIRANJA | Unesite datum diplomiranja |
| NAZIV ZAVRŠENOG STUDIJA | Unesite naziv završenog studija |

Zahtjevu prilažem:

* Presliku diplome (ovjera nije potrebna) - *obvezno*
* Presliku osobne iskaznice (obje strane) - *obvezno*
* Presliku potvrde o stečenom stručnom nazivu koja se izdaje nakon završetka studija (ukoliko još nije izdana diploma)
* Dokaz o promjeni osobnih podataka (ime ili prezime) koja je nastala nakon izdavanja diplome ili potvrde o stečenom stručnom nazivu (rodni ili vjenčani list)

Zahtjev se podnosi:

* osobno u pisarnicu Fakulteta na adresi Braće Branchetta 20, Rijeka (prizemlje zgrade Dekanata)
* elektroničkom poštom na adresu: [pisarnica@medri.uniri.hr](mailto:pisarnica@medri.uniri.hr)
* poštom na adresu: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Braće Branchetta 20, 51000 Rijeka

Navedenu ispravu preuzet ću:

* osobno u Službi za studentske poslove
* e-poštom na gore navedenu e-adresu

*Potpisom ovog Zahtjeva Podnositelj zahtjeva daje izričitu suglasnost Sveučilištu u Rijeci, Medicinskom fakultetu (dalje u tekstu: Fakultet) da može poduzimati radnje vezano uz obradu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu. Podatke prikupljene u ovom obrascu Fakultet će koristiti u svrhu ostvarivanja prava ispitanika, uz poštivanje odredbi Opće uredbe o zaštiti podataka, Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka i drugih propisa koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. Podaci su obvezni te u slučaju uskrate Fakultet neće biti u mogućnosti odgovoriti podnositelju ovog Zahtjeva.*

**Svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem.**

U Rijeci, Unesite datum

Potpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Napomena: Uvjerenje se izdaje bez naknade.*