

Прилог 4

ИЗЈАВА

Датум и место: Нови Сад, _____

Назив универзитета/самосталне високошколске установе: Универзитет у Новом Саду

Назив високошколске установе: Медицински факултет Нови Сад

Изјава

Пријављујем се на конкурс за упис студената на прву годину основних студија у оквиру **Програма афирмативне мере уписа припадника ромске националне мањине** у високошколске установе у статусу студената који се финансирају из буџета Републике Србије за школску 2022/2023. годину.

Изјављујем слободно и својевољно да сам припадник/ца ромске националне мањине.

Ову изјаву дајем искључиво у сврху остваривања права на упис кандидата у оквиру Програма афирмативне мере уписа припадника ромске националне мањине у високошколске установе у статусу студената који се финансирају из буџета Републике Србије.

Кандидат:

(потпис)