Универзитет у Новом Саду

Назив факултета: Медицински факултет Нови Сад

ИЗЈАВА О ПРИПАДНОСТИ РОМСКОЈ НАЦИОНАЛНОЈ МАЊИНИ

Датум и место: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 2025/2026. 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)