Универзитет у Новом Саду

Назив факултета: Медицински факултет Нови Сад

**Изјава**

За кандидате који су средњу школу завршили пре школске 2024/2025. године

Слободно и својевољно изјављујем да до сада **нисам био/ла уписан/а** у прву годину студија на студијском програму првог степена високог образовања **на другој високошколској установи** у периоду од завршетка средње школе (уписати школску годину завршетка средње школе) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до школске 2024/2025. године.

У Новом Саду, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025. године \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(презиме и име кандидата)

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

(потпис кандидата)

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

(адреса пребивалишта/боравишта)

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

(број телефона)

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