**ПРИЈАВНИ ЛИСТ**

 ПОДНОШЕЊЕ ЗАХТЕВА ЗА ОДОБРEЊЕ УПИСА НА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ

НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛТЕТУ У НОВОМ САДУ

|  |
| --- |
| Специјализација: |
| Име: Презиме: |
| Име једног од родитеља: |
| Датум, место и општина рођења:  |
| Јединствени матични број грађана:  |
| Пол: М Ж  |
| Држављанство:  |
|  |
| Адреса: |
| Место становања: |
| Телефон: E-mail (штампаним словима): |
| Назив и адреса установе која упућује на специјализацију: |
| Телефон установе: |
| Назив и место факултета на којем је студент дипломирао, датум дипломирања и средња оцена: |
| Датум и место полагања стручног испита: |

|  |
| --- |
| (потпис кандидата) |
| (бр личне карте/пасоша и установа издавања) |

Датум:\_\_\_\_.\_\_\_\_.2025.

Нови Сад