УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ НОВИ САД

Служба за докторске студије и здравствене специјализације

Број: 05-10

**ПРИЈАВА ЗА ПОЛАГАЊЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ИСПИТА**

**И ЗА ПОЛАГАЊЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ИСПИТА ИЗ УЖЕ СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ**

ИЗ ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(грана специјализације)

Презиме, име оца и име ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум полагања специјалистичког/уже специјалистичког испита:

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

(дан, месец, година)

Назив радне организације \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум пријаве: Потпис

-------------------------- ---------------------------