**ПРЕЗИМЕ (име и презиме оца), ( име и презиме мајке) и ИМЕ:**

 **МЕСТО СТАНОВАЊА, АДРЕСА :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ТЕЛЕФОН ( стабилни и број мобилног телефона):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**e-mail:**

**МЕСТО СТАЛНОГ БОРАВКА:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДРЖАВЉАНСТВО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДРЖАВА,МЕСТО И АДРЕСА И ТАЧАН НАЗИВ МАТИЧНОГ ФАКУЛТЕТА:**

**Подносим захтев за прелазак на:**

**(заокружити)**

1. **студије медицине**
2. **студије фармације**
3. **студије здравствене неге**
4. **студије специјалне едукације и рехабилитације**
5. **студије медицинске рехабилитације**
6. **студије радиолошке технологије**

**И УПИС У 1. 2. 3. 4. ГОДИНУ ИЛИ ОДГОВАРАЈУЋУ ГОДИНУ СТУДИЈА (заокружити).**

**У школској 2022/2023. год. сам студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године студија.**

**Први пут сам уписан у прву годину студија школске \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године на факултету (тачан назив факултета):**

**Студирам (заокружити) на: 1. Српском језику 2. Енглеском језику 3. Други језик**

**У току школске 2022/2023. године положио сам, до сада, укупно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЕСПБ бодова.**

**Уз образац подносим: (заокружи)**

 1. уверење о положеним испитима;

 2. доказ да имам статус студента на свом факултету у школској 2022/2023.

 години;

 3. доказ о броју остварених ЕСПБ бодова у школској 2022/2023. години – потврда

 од факултета;

1. доказ да студирам на српском језику – потврда од факултета;
2. фотокопија индекса (све исписане странице);
3. оверен (од стране факултета) наставни програм (детаљан програмски садржај наставе) одслушаних предмета;
4. Доказ о уплати : Уплата на жиро рачун факултета у износу од 6.000,00 динара:

Сврха уплате: трошкови обраде захтева за прелазак са другог факултета ; или – трошкови обраде захтева за промену студијског програма/модула (за студенте Медицинског факултета Нови Сад); или – трошкови обраде захтева за поновно стицање статуса студента; или – трошкови обраде захтева за упис на основу завршеног факултета;

Жиро рачун: 840-1633666-55, позив на број 742-105

Прималац: Медицински факултет Нови Сад, Хајдук Вељкова бр. 3, Нови Сад

1. Фотокопија извода из матичне књиге рођених (није важно када је издат извод);
2. Фотокопија личне карте, или очитана лична карта ако је чипована;
3. **Студенти који студирају ван Републике Србије, поред наведених докумената, достављају: фотокопију пасоша или фотокопију држављанства Републике Србије, ако га поседују.**

Изјављујем да сам сагласан/на да моје личне податке Медицински факултет Нови Сад (у даљем тексту-Факултет) обрађује у складу с важећим Законом о заштити података о личности („Сл гласник РС“ бр. 87/2018).

Изјављујем да сам сагласан/на да се моји подаци чувају, обрађују и користе за следеће сврхе: пријаве за прелазак и упис на факултет, остваривања права на упис године студија, остваривање права за слушање наставе, остваривање права за рангирање за финансирање студија из буџета, друга права и обавезе по основу статуса студента, поступак нострификације и провере веродостојности јавне исправе и др, издавање решења, статистичке обраде података , остваривање права на издавање јавне исправе, давање податак лицима који податке траже позивајући се на закон о доступности информација од јавног значаја, а све у складу са Законом о заштити података о личности као и у остале сврхе у складу са законом.

Сагласан/а сам да Факултет наведене податке прикупља, складишти у својој бази (факултетски информациони систем) и да их користи искључиво у циљу остваривања наведене сврхе.

Изјављујем да сам своје податке дао/дала добровљно.

Факултет гарантује физичким лицима, чије податке обрађује, сва права предвиђена Законом о заштити података о личности.

**Потпис подносиоца захтева:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**