|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Akademska godina**(popunjava službena osoba na fakultetu) |  | **Broj prijave**(popunjava službena osoba na fakultetu) |  |

|  |
| --- |
| PRIJAVA ZA UPIS NA SVEUČILIŠNI SPECIJALISTIČKI STUDIJ |

|  |
| --- |
| **Podaci o studentu** |
| Ime i prezime |  |
| Titula |  |
| Poštanska adresa |  |
| Adresa e-pošte |  |
| Broj mobitela |  |
|  |
| **Naziv sveučilišnog specijalističkog studija kojeg se upisuje** |
|  |

Podnosim prijavu za upis na gore navedeni sveučilišni specijalistički studij na Stomatološkom fakulteta Sveučilišta u Zagrebu s prilozima (priloženima po navedenom redoslijedu):

1. Prijava za upis na sveučilišni specijalistički studij (ovaj obrazac)
2. Upitnik za upis na sveučilišni specijalistički studij (Obrazac PDSS-UU),
3. Domovnica,
4. Izvod iz matične knjige rođenih,
5. Diploma ili ovjerena preslika diplome o završenom studiju u skladu s uvjetima natječaja,
6. Ovjereni prosjek ocjena diplomskog studija,
7. Rješenje o specijalizaciji ili odobrenje za specijalizaciju ako se upisuje poslijediplomski studij kao dio specijalizacije,
8. Dokaz o radu u primarnoj dentalnoj/stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti na poslovima i radnim zadacima doktora dentalne medicine,
9. Dokaz o poznavanju engleskog jezika,
10. Dokaz o poznavanju rada na računalu,
11. Potvrdu ustanove ili pisanu izjavu o plaćanju troškova studiranja,
12. Priznanica o uplaćenim troškovima prijave na natječaj u iznosu od 55 EUR na račun fakulteta IBAN (račun primatelja): HR7423600001101235285, (u model za broj ne upisivati ništa, a u poziv na broj upisati: 6615107.

Dokumenti moraju biti originali ili ovjereni preslici. Suglasan/-na sam da se svi prikupljeni osobni podaci tijekom upisa mogu koristiti za potrebe fakulteta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Mjesto i datum |  | Potpis studenta |
|  |  |  |