

POVJERENSTVO ZA UPIS

IZJAVA O PSIHOFIZIČKOJ SPOSOBNOSTI

Izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da imam psihofizičke sposobnosti za studij na MEDICINSKOM FAKULTETU i za obavljanje zvanja doktor medicine.

U Zagrebu, _____ 2021.

Potpis pristupnika

OSOBNI PODACI PRISTUPNIKA:

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Mobitel/Telefon: _____