**УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ**

**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**

Бр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год.

Косовска Митровица

# ***П Р И Ј А В А***

За учешће на конкурс за ЗДРАВСТВЕНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ СТУДИЈЕ Медицинског факултета у Приштини, октобарски уписни рок школске 2025/2026.године.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Презиме (очево име) име  |  |
| 2. | Датум и година рођења |  |
| 3. | Место рођења, Општина,Република, Држава |  |
| 4. | Место сталног боравка, Општина, Република |  |
| 5. | Националност |  |
| 6.  | Завршен факултет, смер, место и година. |  |
| 7. | Број решења о положеном стручном испиту |  |
| 8. | Број решења о одобреној специјализацији (навести која) |  |  |

Косовска Митровица, Подносилац захтева

Дана, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Презиме и име )

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

 ( Место и адреса сталног боравка )

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

 (број телефона)

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

 (E- mail адреса)