

***ПРИЈАВА***

***ЗА ПОСЛЕДИПЛОМСКЕ СТУДИЈЕ – СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ АКАДЕМСКЕ СТУДИЈЕ -МЕДИЦИНСКЕ НАУКЕ, МОДУЛ***

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

# ЗА ШКОЛСКУ 2020/2021. ГОДИНУ

**\* обавезно попунити на рачунару\***

|  |
| --- |
| Име: Презиме: |
| Име оца: Име мајке: |
| Јединствен матични број грађана: Пол: М Ж |
| Датум , место и општина рођења: |
| Држављанство: Националност: |
| Адреса и место становања: (обавезно уписати поштански број): |
| Број телефона:    Број мобилног телефона: |
| E-mail адреса: |
| Назив зарвшеног факултета и место: |
| Школска година уписа на факултет:  Датум дипломирања: Средња оцена:  Број досијеа редовне наставе: |
| Запослен (назив, адреса и телефон у установи): |
| НАЧИН ПЛАЋАЊА: |
| Установа (навести назив установе):      Лично: 2 рате 4 рате 5 рата |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Место становања студента зa време студирања:**

(потпис кандидата)

Место: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( Л.К. број) Општина: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(издата од) Улица и кућни број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Број телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_