

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