**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

# PRIJAVA za upis u PRVU godinu Doktorskog studija

Prijavljujem se na natječaj za upis u **prvu**  **godinu Doktorskog studija na** Medicinskom fakultetu Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku, u akademskoj godini **2024/2025.** i dajem sljedeće podatke:

(obrazac obvezno ispuniti elektronskim putem, otisnuti i potpisati)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime** |  |
| **OIB** |  |
| **spol**  | Ž ili M |
| **Datum i mjesto rođenja** |  |
| **Državljanstvo** |  |
| **Narodnost** |  |

Podatci za kontakt

|  |  |
| --- | --- |
| **Naslov** (ukoliko je različit od imena i prezimena) |  |
| **Mjesto, poštanski broj** |  |
| **Ulica i broj** |  |
| **Telefon** |  |
| **Mobitel** |  |
| **e-mail** |  |

Zaposlen

|  |  |
| --- | --- |
| **Odjel** |  |
| **Klinika, Zavod** |  |
| **Ustanova** |  |
| **Ulica i broj** |  |
| **Grad, poštanski broj** |  |
| **telefon / telefax** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **OBAVIJESTI SLATI NA** |  kućnu adresu | adresu zaposlenja |
|  **ŠKOLARINU PLAĆA** |  kandidat | ustanova Naziv:OIB:Adresa: (obavezno priložiti i izjavu ustanove o plaćanju) |
| **Napomene uz prijavu** |  |

##  Dana, \_\_\_\_\_\_\_\_ 2024. godine

##

##  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vlastoručni potpis kandidata