

Ja, _____, _____, rođen/a _____
(ime i prezime) (ime oca/majke) (datum rođenja)

dajem slijedeću

IZJAVU O PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA

- *Osjećam se psihički i fizički spreman/a za studij Dentalne medicine.*
- *Upoznat/a sam sa sadržajem Potvrde nadležnog školskog liječnika o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij medicine koju prilažem Prijavi.*
- *Izjavljujem da do sad nisam bolovao/la, odnosno ne bolujem od psihičkih i/ili fizičkih bolesti koje su ostale nepoznate nadležnom liječniku školske medicine, a koje bi mogle ometati odvijanje studija Dentalne medicine na Stomatološkom fakultetu u Zagrebu te obavljanje zvanja doktor dentalne medicine.*
- *Spreman/a sam preuzeti svu odgovornost koje proistječe iz ove izjave.*

U Zagrebu, _____ 2024.

Vlastoručni potpis pristupnika/ce

OSOBNI PODACI PRISTUPNIKA/CE:

Adresa: _____

Mobitel/Telefon: _____