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

 (Ime, ime oca, prezime)

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

 (Datum rođenja)

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

 (Mjesto rođenja i općina)

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

 (Državljanstvo)

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

 (broj telefona)

**FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA**

**S A R A J E V O**

Maršala Tita 9

**PREDMET**: Zahtjev za polaganje specijalističkog/subspecijalističkog ispita

 Rješenjem broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ odobrena

mi je specijalizacija/subspecijalizacija iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, za

potrebe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (navesti zdravstvenu ustanovu/fakultet)

 Budući da sam obavio/la kompletan specijalistički/subspecijalistički staž, molim da mi odobrite polaganje specijalističkog/subspecijalističkog ispita iz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019.god.

 **PODNOSITELJ ZAHTJEVA**

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

**Prilog:**

-Zahtjev zdravstvene ustanove/fakulteta

-Rješenje o odobrenju specijalizacije/subspecijalizacije

-Specijalistička/subspecijalistička knjižica

-Kopija osobne iskaznice

-Dokaz o uplati troškova ispita