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

(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