**Компјутерска шифра**

******

***ПРИЈАВНИ ЛИСТ ЗА УПИС НА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈУ***

***НА УНИВЕРЗИТЕТУ У БЕОГРАДУ – МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ***

***за АПРИЛСКИ уписни рок школске 2020/2021. године***

**\* попуњава кандидат штампаним словима\***

|  |
| --- |
| Грана специјализације: |
|  |
|  |
| Име:  |
| Презиме: |
| Име једног од родитеља: |
| Датум рођења:  |
| Јединствени матични број грађана: |
| Пол: М Ж  |
| Место рођења: Општина рођења: |
| Држављанство  |
| Адреса становања: |
| Место становања (сталног боравка): |
| Кућни телефон: Мобилни телефон:**E-mail** адреса: |
| Назив и адреса установе која упућује на специјализацију: |
| Телефон установе: |
| Начин плаћања: 1. установа 2. Лично |
|  |
| Назив и место факултета на којем је студент дипломирао: |
| Година уписа на факултет: |
| Датум дипломирања: Средња оцена студија: |
| Датум полагања стручног испита: |

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

 (потпис кандидата)

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

 (број личне карте издате од )

Прилажем: 1. оверену фотокопију Дипломе о завршеном факултету

 2. потрвду о средњој оцени (ако није наведена у дипломи)

 3. за лекаре који су Медицински факултет завршили ван Србије, доказ о нострификацији Дипломе

4. оверену фотокопију Уверења о положеном стручном испиту(сем за здравствене сараднике)

5. фотокопију личне карте (ако је чипована – очитана)

8. две фотографије

9. потврда установе да сноси трошкове усавршавања