**SVEUČILIŠTE U MOSTARU**

**FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA**

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

Ime (ime oca) prezime

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

Datum i mjesto rođenja

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

Adresa stanovanja

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

Kontakt broj telefona i e-mail adresa

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

Ranije stečeni naziv, broj i datum izdavanja diplome

**ZAHTJEV**

**ZA IZDAVANJE POTVRDE O EKVIVALENCIJI**

**RANIJE STEČENOG NAZIVA S NOVIM NAZIVOM**

Poštovani,

Sukladno odredbama Pravilnika o ekvivalenciji ranije stečenog naziva s novim nazivom Sveučilišta u Mostaru (Ur. broj: 01-2425/23 od 26. travnja 2023. godine), molim da mi izdate Potvrdu o ekvivalenciji ranije stečenog naziva s novim nazivom.

Uz zahtjev prilažem:

1. ovjerenu presliku osobne iskaznice;
2. ovjerenu presliku diplome;
3. ovjerenu presliku dokumenta kojim se potvrđuje promjena imena i/ili prezimena podnositelja zahtjeva, ukoliko je došlo do promjene;
4. dokaz o uplati troškova naknade za izdavanje Potvrde o ekvivalenciji u iznosu od 100,00 KM na žiro-račun Fakulteta broj 3381302271325623, otvorenog kod UniCredit Bank d. d. Mostar.

S poštovanjem,

Mostar, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis