

I Z J A V A
o suglasnosti podnositelja zahtjeva
za provjeru informacija o položenim predmetima

Ovime ja, (**ime i prezime**), rođ. (**datum i godina rođenja**) u (**mjesto rođenja**) s prebivalištem u (**adresa / grad, ulica i broj /**) kao podnositelj zahtjeva¹

dajem suglasnost Fakultetu zdravstvenih studija

za provjeru informacija o stečenom obrazovanju u postupku priznavanja **predmeta** položenih na studijskom programu **Sveučilišta u Mostaru** u svrhu nastavka obrazovanja na **Fakultetu zdravstvenih studija** Sveučilišta u Mostaru.

U Mostaru (navesti datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)

¹ Izrazi koji su u obrascu u muškome rodu odnose se jednako na osobe muškoga i ženskoga spola.