I Z J A V A
o suglasnosti podnositelja zahtjeva
za provjeru informacija o stečenom obrazovanju

Ovime ja, _____, rođ. _____u _____

(ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

s prebivalištem u _____ kao podnositelj zahtjeva[1]

(grad, ulica i broj)

dajem suglasnost Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

za provjeru informacija o stečenom obrazovanju u postupku priznavanja **razdoblja studija** stečenog na drugoj visokoškolskoj ustanovi u svrhu nastavka obrazovanja koji se provodi na Sveučilištu u Mostaru, **Fakulteta zdravstvenih studija**.

U Mostaru, _____

_____

(potpis podnositelja zahtjeva)

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