

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PREDMETA POLOŽENIH NA STUDIJSKOM PROGRAMU SVEUČILIŠTA
U MOSTARU U SVRHU NASTAVKA OBRAZOVANJA NA FAKULTETU ZDRAVSTVENIH STUDIJA**

**APPLICATION FOR RECOGNITION OF COURSES COMPLETED WITHIN THE STUDY PROGRAM AT
THE UNIVERSITY OF MOSTAR FOR THE PURPOSE OF CONTINUING EDUCATION AT THE FACULTY
OF HEALTH STUDIES**

1. OSOBNI PODATCI PODNOSITELJA ZAHTJEVA / APPLICANT'S ABOUT INFORMATION

Ime / First name	Prezime (i rođeno prezime) / Last Name (and birth name)

Datum rođenja / Date of birth		
Grad i država rođenja / City and Country of birth		
Državljanstvo / Citizenship		
Spol / Sex	Žensko / Female ☐	Muško / Male ☐

Ulica i broj / Street and number		
Poštanski broj i mjesto / Zip code, City		
Država / Country		
E-pošta / E – mail		
Telefonski broj / Phone number	Broj mobilnog telefona / Cell phone number	

2. PODATCI O POLOŽENIM PREDMETIMA / INFORMATION ON COMPLETED SUBJECTS

Naziv visokoškolske institucije na izvornom jeziku / Original name of the higher education institution		
Web adresa visokoškolske ustanove / Web address of higher education institution		
Naziv studijskog programa / Higher education programme		
Način studiranja (npr. redovito, izvanredno, obrazovanje na daljinu) / Form of study (e.g. Full time, part-time, e-learning)		
Vrsta studija / Type of study	Sveučilišni / University	Stručni / Professional
Datum upisa na studij / Program enrolment date		
Datum polaganja zadnjeg ispita / Date of last exam		
Službeno trajanje studija (broj godina) / Official duration of study		

Broj završenih godina/ mjeseci studija/ Number of completed years/months of study	Godina / Years of study	Mjeseci studija/months of study
Datum ispisa / Date of Withdrawal from the Study Program		

3. PRIJAŠNJE STEČENO VISOKOŠKOLSKO OBRAZOVANJE / Previous education

Naziv ustanove / Institution	Mjesto i država / City and Country	Naziv stečene kvalifikacije / Acquired qualification	Godina upisa / Year of Enrollment	Godina završetka / Year of completion

4. PODATCI O STUDIJU NA KOJEM SE ŽELI NASTAVITI OBRAZOVANJE / Information on study you wish to continue your education

Naziv studija na koji se želi nastaviti obrazovanje na Fakultetu zdravstvenih studija (preddiplomski, diplomski, poslijediplomski studij) / Name of the Study Program Intended for Continuation of Education at the Faculty of Health Studies (undergraduate, graduate, postgraduate study)	
---	--

5. DOKUMENTACIJA KOJU JE POTREBNO PRILOŽITI UZ OBRAZAC ZAHTJEVA I IZJAVU

DOKUMENTACIJA KAO PRILOG UZ OBRAZAC ZAHTJEVA		
1.	Prijepis položenih ispita i ostvarenih ECTS bodova	☐
2.	Službeni nastavni plan i program studija u tiskanom obliku, koji mora odgovarati planu i programu studija po kojem je podnositelj zahtjeva studirao	☐
3.	Potvrda o prebivalištu	☐
4.	Isprava kojom se dokazuje promjena imena i/ili prezimena (ako ima)	☐
5.	Izjava o suglasnosti podnositelja zahtjeva za provjeru informacija o stečenom obrazovanju (možete preuzeti na web stranici Fakulteta zdravstvenih studija)	☐
6.	Potvrda o uplati naknade za provedbu postupka 50 KM, transakcijski račun UniCredit bank d.d. Mostar 3381302271325623	☐
7.	Drugi dokazi iz kojih se može steći uvid u trajanje i druge uvjete obrazovanja na drugoj visokoškolskoj ustanovi, te prava koja obrazovna isprava daje	☐

Napomene:

- Stalno povjerenstvo za priznavanje predmeta položenih na studijskom programu Sveučilišta u Mostaru u svrhu nastavka obrazovanja na Fakultetu zdravstvenih studija osim navedene dokumentacije zadržava pravo zatražiti od podnositelja zahtjeva i dodatnu dokumentaciju.
- Postupak priznavanja neće započeti ako nisu upisani svi podatci ovoga zahtjeva!
- Ako je Zahtjev nepotpun, bit ćete pisanim putem obaviješteni o potrebnoj dopuni dokumentacije.

Način dostavljanja dokumentacije:

- Osobno na Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilišta u Mostaru, Zrinskog Frankopana 34, 88 000 Mostar, BiH, s naznakom za Stalno povjerenstvo za nastavu.

U Mostaru, _____

(potpis podnositelja zahtjeva)