



HRVATSKO
KATOLIČKO
SVEUČILIŠTE
ZAGREB
UNIVERSITAS
STUDIORUM
CATHOLICA
CROATICA
ZAGRABIA

IZJAVA PRISTUPNIKA ZA UPIS NA INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ *MEDICINA*

Ja _____ vlastoručnim potpisom potvrđujem
(*upisati ime i prezime tiskanim slovima*)

da ne bolujem od psihičkih bolesti koje bi bile nepoznate mojem liječniku školske medicine, a koje bi omele moje studiranje na integriranom prijediplomskom i diplomskom sveučilišnom studiju *Medicina* koje izvodi Hrvatsko katoličko sveučilište.

Izjavu prilažem prilikom upisa na integrirani prijediplomski i diplomski sveučilišni studij *Medicina* u akademskoj godini 202__./202__.

Spreman/a sam preuzeti svu odgovornost koja proistječe iz ove izjave.

U Zagrebu, _____ 202__ . godine

Vlastoručni potpis pristupnika:
