

POTVRDA

(dokaz)

o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za upis na
sveučilišni integrirani prijediplomski i diplomski studij *Medicina*
na Hrvatskom katoličkom sveučilištu

Ime i prezime pristupnika/ce: _____

Dan, mjesec i godina rođenja: _____

Adresa stanovanja (prebivalište/ i boravište - *navesti ako ima*):

Pristupniku/pristupnici za upis na sveučilišni integrirani preddiplomski i diplomski studij
Medicina izdaje se Potvrda (*naziv ustanove koja izdaje potvrdu*):

(*zaokružiti 1. ili 2.*):

1. **o potpunoj zdravstvenoj i psihofizičkoj sposobnosti za upis na studij**, a nakon pregleda pristupnika/ce i uvida u njegovu/njezinu dostupnu liječničku dokumentaciju
2. **o djelomičnoj zdravstvenoj i psihofizičkoj sposobnosti za upis na studij**, a nakon pregleda pristupnika/ce i uvida u njegovu/njezinu dostupnu liječničku dokumentaciju: Pristupnik/ca ima sljedeće poteškoće* (*navesti*):

*Ako bi, zbog navedenih poteškoća, tijekom studiranja proizašle dodatne poteškoće koje bi omele studiranje, pristupnik/ica je spreman/na preuzeti i snositi osobnu odgovornost za stanje utvrđeno ovom Potvrdom, uz koju prilaže liječničku dokumentaciju (Rješenje o tjelesnom oštećenju; Rješenje o primjerenom obliku obrazovanja; Odluku o prilagodbi ispitne tehnologije Nacionalnog centra za vanjsko vrednovanje obrazovanja). Medicinski fakultet Hrvatskog katoličkog sveučilišta može zatražiti i dodatnu dokumentaciju (provjeru zdravstvenih i psihofizičkih sposobnosti za upis na studij).

Potpis i faksimil nadležnog liječnika:

U _____, 202___. godine _____