SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rođen/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime) (očevo ime) (datum rođenja)

dajem slijedeću

**IZJAVU O PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA**

* *Osjećam se psihički i fizički spreman/a za studij medicine.*
* *Upoznat/a sam sa sadržajem Potvrde nadležnog školskog liječnika o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij medicine koju prilažem Prijavi.*
* *Izjavljujem da do sad nisam bolovao/la, odnosno ne bolujem od psihičkih i/ili fizičkih bolesti koje su ostale nepoznate nadležnom liječniku školske medicine, a koje bi mogle ometati odvijanje studija medicine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu te obavljanje zvanja doktor medicine.*
* *Spreman/a sam preuzeti svu odgovornost koje proistječe iz ove izjave.*

U Zagrebu, 2024.

Vlastoručni potpis pristupnika/ce

OSOBNI PODACI PRISTUPNIKA/CE:

Adresa:

Mobitel/Telefon: