

Ja, _____, _____, rođen/a _____
(ime i prezime) (ime oca ili majke) (datum rođenja)

dajem sljedeću

IZJAVU O ZDRAVSTVENIM I PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA

- *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.*
- *Preuzimam svu odgovornost koja proistječe iz ove Izjave.*

U Zagrebu, _____ 2025. godine

Vlastoručni potpis pristupnika/ce

OSOBNI PODACI PRISTUPNIKA/CE:

Adresa: _____

Mobitel/Telefon: _____