

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 sestrinstva.*
- *Izjavljujem da do sad nisam bolovao/la, odnosno ne bolujem od psihičkih i/ili fizičkih bolesti koje bi mogle ometati odvijanje studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu te obavljanje zvanja sveučilišni magistar/ra sestrinstva.*
- *Spreman/a sam preuzeti svu odgovornost koje proistječe iz ove izjave.*

U Zagrebu, _____ 2025.

Vlastoručni potpis pristupnika/ce

OSOBNI PODACI PRISTUPNIKA/CE:

E-pošta: _____

Mobitel/Telefon: _____