

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**

**MEDICINSKI FAKULTET**

Zagreb, Šalata 3

tel. 01 4566-909, faks 01 4566-724

**IZJAVA O IZVORNOSTI**

**za studenta**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime i prezime)

izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da je moj završni specijalistički rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istog rada nisam koristio drugim izvorima osim onih koji su u njima navedeni.

U Zagrebu, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_