SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

**POVJERENSTVO ZA UPIS**

**IZJAVA O PSIHOFIZIČKOJ SPOSOBNOSTI**

*Izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da imam psihofizičke sposobnosti za studij na MEDICINSKOM FAKULTETU i za obavljanje zvanja doktor medicine.*

*U Zagrebu, 2020.*

*Potpis pristupnika*

OSOBNI PODACI PRISTUPNIKA:

Ime i prezime:

Adresa:

Mobitel/Telefon: