|  |
| --- |
|  |

USTANOVA:

**POTVRDA NADLEŽNOG ŠKOLSKOG LIJEČNIKA**

**O ZDRAVSTVENIM I PSIHOFIZIČKIM SPOSOBNOSTIMA ZA STUDIJ MEDICINE**

Ime i prezime pristupnika:

Datum rođenja (dan, mjesec, godina): ­

Mjesto stalnog boravka (mjesto, ulica, kućni broj):

Nakon pregleda pristupnika, uvida u dostupnu medicinsku dokumentaciju i upitnika koji je ispunio pristupnik te potpisao propisani obrazac, nadležni školski liječnik daje sljedeće mišljenje o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij medicine:

Nadležni školski liječnik:

*(potpis i faksimil)*

Mjesto: Datum:

Napomena: liječnik treba upisati jedno od ponuđenih mišljenja

1. Pristupnik nema zdravstvenih i psihofizičkih teškoća koje su zapreka za studija medicine te se izdaje potvrda
2. Pristupnik je upoznat da ima zdravstvene i/ili psihofizičke teškoće i ukoliko bi radi njih proistekle teškoće tijekom studiranja snosi osobno odgovornost. Potvrda se izdaje uz navedeno upozorenje (uz potvrdu je potrebno priložiti medicinsku dokumentaciju).

**Pristupnik koji ima rješenje o postojanju tjelesnog oštećenja mora ga priložiti uz ovu potvrdu.**