



Ime i prezime

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica i br.)

Broj telefona/mobitela

E-mail

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE UVJERENJA O UJEDNAČAVANJU AKADEMSKOG/STRUČNOG NAZIVA

Molim da mi se sukladno odredbama čl. 114. stavak. 8. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti (NN 119/22) izda uvjerenje o ujednačavanju akademskog/stručnog naziva prema novim propisima, temeljem

BROJ DIPLOME	
DATUM DIPLOMIRANJA	
NAZIV ZAVRŠENOG STUDIJA	

Zahtjevu prilažem:

Presliku osobne iskaznice (obje strane) - *obvezno*

Zahtjev se podnosi:

- osobno u pisarnicu Fakulteta na adresi Viktora cara Emina 5 , Rijeka (prizemlje zgrade Dekanata)
 - elektroničkom poštom na adresu: dinko.juretic@fzsri.uniri.hr
 - poštom na adresu: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Viktora cara Emina 5, 51000 Rijeka
-

Navedenu ispravu preuzet ću:

- osobno u Službi za studentske poslove
- poštom na gore navedenu adresu

Potpisom ovog Zahtjeva Podnositelj zahtjeva daje izričitu suglasnost Sveučilištu u Rijeci, Fakultetu zdravstvenih studija (dalje u tekstu: Fakultet) da može poduzimati radnje vezano uz obradu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu. Podatke prikupljene u ovom obrascu Fakultet će koristiti u svrhu ostvarivanja prava ispitanika, uz poštivanje odredbi Opće uredbe o zaštiti podataka, Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka i drugih propisa koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. Podaci su obvezni te u slučaju uskrate Fakultet neće biti u mogućnosti odgovoriti podnositelju ovog Zahtjeva.

Svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem.

U Rijeci, Unesite datum

Potpis:

Napomena: Uvjerenje se izdaje bez naknade.
