|  |
| --- |
|  |
| 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 na urudžbeni zapisnik Medicinskog fakulteta Osijek
* elektroničkom poštom na adresu: [sgrgic@mefos.hr](mailto:sgrgic@mefos.hr)
* poštom na adresu: Medicinski fakultet Osijek, Josipa Huttlera 4, 31 000 Osijek

Navedenu ispravu preuzet ću:

* osobno u Uredu za studente i studije
* poštom na gore navedenu adresu

*Potpisom ovog Zahtjeva Podnositelj zahtjeva daje izričitu suglasnost Sveučilištu u Osijeku, Medicinskom fakultetu Osijek (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 Osijeku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis:

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

*Napomena: Uvjerenje se izdaje bez naknade.*