



**SVEUČILIŠTE
U ZADRU**
UNIVERSITY OF ZADAR

ODJEL ZA ZDRAVSTVENE STUDIJE
Trg kneza Višeslava 9
23 000 Zadar, Hrvatska

T: +385 23 200 840
URL: <http://www.unizd.hr>
E-MAIL: zdravstveni.studiji@unizd.hr

Matični br. studenta _____

Adresa stanovanja _____

E mail _____ Telefon _____

**PRIJAVA
ZA PRISTUP OBRANI ZAVRŠNOG RADA**

Prezime i ime studenta:

Tema završnog rada:

Mentor završnog rada

_____ Datum prijave: _____

Članovi Ispitnog povjerenstva: 1. _____

2. _____

3. _____

Suglasan sam za objavu završnog rada na web stranici Odjela.

Potpis kandidata:

Potpis mentora: _____

Uvidom u dokumentaciju utvrđeno je da je student položio sve propisane ispite.

Datum: _____

Uvjete za pristup obrani
provjerila:

Tajništvo Odjela:



**SVEUČILIŠTE
U ZADRU**
UNIVERSITY OF ZADAR

ODJEL ZA ZDRAVSTVENE STUDIJE

Trg kneza Višeslava 9
23 000 Zadar, Hrvatska

T: +385 23 200 840

URL: <http://www.unizd.hr>

E-MAIL: zdravstveni.studiji@unizd.hr