



.....
.....
.....

(naziv i adresa zdravstvene institucije)

Planirano trajanje kliničkih vježbi:

_____ (datum od/do)

U P U T N I C A
za obavljanje obveznih kliničkih vježbi

Student:.....
(ime i prezime, JMBAG, godina studija)

Molimo vas da gore imenovanog/u studenta/icu Sveučilišta u Zadru primite na obavljanje obveznih kliničkih vježbi u Vašoj instituciji.

Upućeni student obavezan je obaviti kliničke vježbe u trajanju od sati u skladu s "Pravilnikom o obavljanju obveznih kliničkih vježbi", s kojim student treba obvezno upoznati osobu iz Vaše institucije, koju ćete odrediti za mentora tijekom trajanja kliničkih vježbi našeg studenta.

Student je obavezan kliničke vježbe obavljati za vrijeme službenog radnog vremena Vaše institucije, pridržavajući se svih pravila i propisa koji vrijede za Vaše djelatnike, ali ne više od 40 sati tjedno. U slučaju bilo kakvih nepoštivanja pravila ponašanja od strane studenta tijekom obavljanja kliničkih vježbi u Vašoj instituciji, molimo Vas da nas o tome izvijestite, a takvog studenta udaljite iz Vaše institucije i uskratite mu ovjeru obavljenih kliničkih vježbi.

Ukoliko je upućeni student uredno obavio sve obveze za vrijeme trajanja kliničkih vježbi, molimo Vas da mu potpišete i vašim pečatom ovjerite "Potvrdu o obavljenim obveznim kliničkim vježbama".

Zahvaljujemo Vam na pomoći i suradnji uz izraze našeg poštovanja.

U Zadru,

NOSITELJ/ICA KLINIČKIH VJEŽBI ZDRAVSTVENE NJEGE :

.....
(potpis)

M.P.