



**Visokoškolska ustanova Evropski univerzitet „Kallos“ Tuzla
Medicinski fakultet**

Ime i prezime studenta, br. indeksa	
Studijski program i godina studija na Medicinskom fakultetu	
Kontakt adresa	
Kontakt telefon i e-mail adresa	

PRIJAVA
OBAVLJANJA STRUČNE PRAKSE

Prijavljujem studentskoj službi Evropskog univerziteta da namjeravam da obavim stručnu praksu.

Podaci o ustanovi

Puno poslovno ime zdravstvene ustanove i sjedište	
Trajanje prakse	radnih dana
Mentor stručne prakse (određuje i popunjava ustanova)	

U Tuzli, _____ . godine

Potpis studenta

Saglasnost dekana Medicinskog fakulteta	
Prijemni štambilj	

Dostaviti:

- 1) U dosije studenta, i
- 2) Zdravstvenoj ustanovi u kojoj se obavlja praksa

M.P.