

EVIDENCIONI LIST

LIČNI PODACI

Ime (ime oca ili majke) Prezime _____

Datum i mjesto rođenja: _____

JMB: _____

Državljanstvo: _____

Mjesto i adresa stanovanja: _____

Mjesto i adresa prebivališta: _____

Broj i datum dozvole za stalni/ privremeni boravak za
strance _____

Naziv i mjesto zdravstvene ustanove u kojoj je
zaposlen: _____

Naziv i mjesto zdravstvene ustanove u kojoj obavlja dopunski rad
: _____

Podaci o statusu (zaposlen / nezaposlen): _____

Kontakt podaci: (telefon i e-mail): _____

U prilogu dostavljam fotografiju.

DIPLOMA MEDICINSKOG FAKULTETA

Naziv završenog fakulteta:

Datum završetka studija : _____

Broj diplome ili uvjerenja: _____

Broj i datum rješenja o izvršenom priznavanju inostrane obrazovne
isprave: _____

Broj i datum rješenja o izvršenom izjedanačavanju inostrane kvalifikacije nivoa obrazovanja sa
kvalifikacijom nivoa obrazovanja u Crnoj Gori:

STRUČNI ISPIT

Broj i datum uvjerenja o položenom stručnom
ispitu: _____

DIPLOMA O SPECIJALIZACIJI

DIPLOMA O SPECIJALIZACIJI

Naziv tijela koje je izdalo diplomu:

Naziv specijalizacije:

Datum i mjesto polaganja specijalističkog ispita: _____

Broj diplome ili uvjerenja o položenom specijalističkom ispitu: _____

Broj i datum rješenja o izvršenom priznavanju inostrane obrazovne isprave: _____

Broj i datum rješenja o izvršenom izjedanačavanju inostrane kvalifikacije nivoa obrazovanja sa kvalifikacijom nivoa obrazovanja u Crnoj Gori:

DIPLOMA O SUBSPECIJALIZACIJI

Naziv tijela koje je izdalo diplomu:

Naziv subspecijalizacije:

Datum i mjesto polaganja subspecijalističkog ispita: _____

Broj diplome ili uvjerenja o položenom subspecijalističkom ispitu: _____

Broj i datum rješenja o izvršenom priznavanju inostrane obrazovne isprave: _____

Broj i datum rješenja o izvršenom izjedanačavanju inostrane kvalifikacije nivoa obrazovanja sa kvalifikacijom nivoa obrazovanja u Crnoj Gori:

DIPLOMA O MAGISTARSKIM (MASTER), SPECIJALISTIČKIM STUDIJAMA ILI DOKTORSKIM STUDIJAMA

Broj diplome: _____

Datum izdavanja diplome: _____

Magistar (Master) iz oblasti

Doktor nauka iz oblasti

NAUČNO ZVANJE

Broj akta: _____

Datum izdavanja akta: _____

Mjesto i država: _____

Naziv naučnog zvanja

NASTAVNO ZVANJE

Broj akta: _____

Datum izdavanja akta: _____

Mjesto i država: _____

Naziv nastavnog zvanja

NAPOMENA: _____

U _____

(navesti mjesto)

Dana: _____

(navesti datum)

(Svojeručni potpis)

(Potpis službenika Komore)