

POVJERENSTVU ZA STRUČNO
USAVRŠAVANJE MAGISTARA FARMACIJE

POJEDINAČNI ZAHTJEV ZA VREDNOVANJE STRUČNOG USAVRŠAVANJA

PODACI O ČLANU HLJK	
Ime i prezime ¹ :	
Adresa:	
Telefon:	
E-mail:	
OIB:	
Radno mjesto:	
Evidencijski broj:	

¹ član Komore koji predaje pojedinačni zahtjev za vrednovanje stručnog usavršavanja

OPĆI PODACI O STRUČNOM USAVRŠAVANJU	
Naziv stručnog usavršavanja:	
Organizator(i):	

MJESTO I VRIJEME ODRŽAVANJA	
Mjesto održavanja:	
Adresa:	
Država:	
Datum održavanja:	
Trajanje (dana):	

VRSTA STRUČNOG USAVRŠAVANJA	
<input type="checkbox"/> STUDIJSKI BORAVAK	
PRILOG (obvezan):	<input type="checkbox"/> Preslika potvrdnice organizatora potpisana od strane predstavnika ustanove u kojoj je obavljen studijski boravak

PUBLIKACIJE			
<input type="checkbox"/> ZNANSTVENI/STRUČNI RAD			
NAZIV ČLANKA:			
AUTORSTVO:			
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Impresum časopisa <input type="checkbox"/> Preslika sažetka rada <input type="checkbox"/> Preslika sadržaja časopisa		
<input type="checkbox"/> AUTOR KNJIGE	<input type="checkbox"/> PREVODITELJ KNJIGE	<input type="checkbox"/> AUTOR POGLAVLJA	<input type="checkbox"/> PREVODITELJ POGLAVLJA
NAZIV KNJIGE:			
ISBN:	GODINA IZDAVANJA:		

PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Originalni primjerak knjige ILI
	<input type="checkbox"/> Preslika naslovnice
	<input type="checkbox"/> Impresum knjige iz kojeg su dostupne informacije o autoru, izdavaču/nakladniku, uredništvu i recenzentima
	<input type="checkbox"/> Preslika sadržaja knjige
	<input type="checkbox"/> Potvrda izdavača/nakladnika o autorstvu poglavlja
<input type="checkbox"/> UREDNIK ČASOPISA	
NAZIV ČASOPISA:	
ISSN:	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Impresum časopisa iz kojeg su vidljivi podaci: naslov, ISSN, naziv izdavača / nakladnika, sastav uredništva, podatak o učestalosti izlaženja

<input type="checkbox"/> POSLIJEDIPLOMSKI ZNANSTVENI/SPECIJALISTIČKI STUDIJ	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Program tečaja
	<input type="checkbox"/> Preslika potvrdnice fakulteta o stjecanju znanstvene/stručne titule

<input type="checkbox"/> SPECIJALIZACIJA	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Preslika potvrdnice o položenom specijalističkom ispitu

<input type="checkbox"/> JAVNOZDRAVSTVENI PROJEKTI	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Program i ciljevi projekta
	<input type="checkbox"/> Preslika potvrdnice o sudjelovanju

<input type="checkbox"/> MENTORSTVO	
MENTORSTVO SPECIJALIZANTIMA	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Preslika rješenja Ministarstva zdravlja o izboru glavnog mentora
MENTORSTVO PRIPRAVNICIMA	
PRILOZI (obvezni):	<input type="checkbox"/> Potvrda ljekarne odnosno ljekarničke ustanove o izboru mentora

Povjerenstvo neće razmatrati nepotpune zahtjeve.

Izjavljujem u svoje osobno ime da su svi podaci navedeni u Zahtjevu za vrednovanje stručnog usavršavanja točni i istiniti što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

U _____, dana _____

POTPIS podnositelja zahtjeva