

IME I PREZIME _____

OIB _____

ČLANSKI BROJ HLJK _____

SPECIJALIZACIJA _____

PREBIVALIŠTE _____

E-MAIL I BROJ MOB. _____

PRIJAVA ZA GLAVNOG MENTORA

Prijavljujem se za glavnog mentora za provođenje specijalizacije magistara farmacije iz područja (*navesti područje*):

Zaposlen/a sam u (*navesti naziv poslodavca*):

Izjavljujem da ispunjavam uvjet za glavnog mentora iz članka 10. Pravilnika (*zaokružiti jedan od uvjeta*):

- magistar farmacije sa znanstveno-nastavnim zvanjem, stručnjak iste grane specijalnosti za koju se specijalizant usavršava ili
- magistar farmacije specijalist iste grane specijalnosti za koju se specijalizant usavršava s najmanje 5 godina specijalističkog staža ili
- magistar farmacije sa znanstvenim stupnjem i najmanje 5 godina radnog iskustva na poslovima za koji se specijalizant usavršava.

Prilačem:

1. dokaz da ispunjavam uvjet za glavnog mentora (*navesti dokaz i priložiti ga uz prijavu*) i
2. suglasnost poslodavca (*priložiti uz prijavu*).

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja)