

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_

ČLANSKI BROJ HLJK \_\_\_\_\_

NAZIV SPECIJALNOSTI \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA/MOBITELA \_\_\_\_\_

### **PRIJAVA ZA GLAVNOG MENTORA**

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

\_\_\_\_\_

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

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

Prilačem dokaz da ispunjavam uvjet za glavnog mentora (navesti dokaz i priložiti ga uz prijavu):

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_  
(potpis podnositelja)