

Sveučilište u Zagrebu
Stomatološki fakultet
Petrinjska 34
HR-10000 Zagreb

2025/2026
PRIJAVA BR.



**OBRAZAC
PRIJAVE**

PRIJAVA NA TEST PSIHOMOTORIKE ZA UPIS NA SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI STUDIJ DENTALNE MEDICINE

Prezime:

Ime:

Ime oca / majke:

OIB:

Datum rođenja: . .

Država rođenja*: (*oznaka države: HR, BIH, SLO, F, B, I, D, A, H)

Mjesto rođenja:

Državljanstvo*: (*oznaka države: HR, BIH, SLO, F, B, I, D, A, H)

Završena škola:

Godine: .

Grad škole:

Kontakt e-mail:

Kontakt mobitel:

U Zagrebu, _____ 2025.
(dan i mjesec)

(potpis pristupnika)

Prijavi prilažem:

- dokaz o uplati troškova za Test psihomotorike