*Obrazac se ispunjava na računalu.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Suglasnost**  predstojnika zavoda/pročelnika katedre za prijavu novog izbornog predmeta na integriranom preddiplomskom i diplomskom studiju Dentalna medicina | |
| Naziv zavoda/katedre |  |
| Ime i prezime predstojnika zavoda/pročelnika katedre |  |
| Naziv izbornog predmeta kojeg se predlaže za uvrštavanje u studijski program integriranog preddiplomskog i diplomskog studija Dentalna medicina |  |
| Semestar u kojem bi se predloženi izborni predmet trebao izvoditi |  |
| Ime, prezime i titula predloženog voditelja predmeta |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Izjavljujem da sam dobio/dobila na uvid svu prijavnu dokumentaciju ovog predmeta, uključujući program predmeta, te da sam suglasan/a da se gore navedeni predmet prijavi na poziv za prijavu novih izbornih predmeta na integriranom preddiplomskom i diplomskom studiju Dentalna medicina.  Ovom suglasnošću potvrđujem da postoji potreba za uvođenjem ovog predmeta u studijski program, te da se predloženi program predmeta ne preklapa s nekim drugim predmetom koji se već izvodi na ovom studiju.  Također potvrđujem da na mom zavodu/katedri postoje prostorni, tehnički, kadrovski i svi ostali preduvjeti za odvijanje nastave iz ovog predmeta, kao i za daljnje neometano odvijanje postojeće nastave i ostalih aktivnosti na mom zavodu/katedri. | | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Mjesto i datum |  |  |  | Potpis predstojnika zavoda/pročelnika katedre |
|  |  | |  | | |

|  |
| --- |
|  |