

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

OIB \_\_\_\_\_

ČLANSKI BROJ HLJK \_\_\_\_\_

SPECIJALIZACIJA \_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA \_\_\_\_\_

E-MAIL I BROJ MOBITELA \_\_\_\_\_

### 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.

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

\_\_\_\_\_

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

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