



**Visokoškolska ustanova Evropski univerzitet Brčko distrikt BiH  
Fakultet zdravstvenih nauka**

|  |  |
|--|--|
| Ime i prezime studenta,<br>br. indeksa                                   |  |
| Studijski program i godina<br>studija na Fakultetu<br>zdravstvenih nauka |  |
| Kontakt adresa   |  |
| Kontakt telefon i e-mail<br>adresa                                       |  |

**PRIJAVA  
OBAVLJANJA STRUČNE PRAKSE**

Prijavljujem studentskoj službi Evropskog univerziteta da namjeravam da obavim stručnu praksu.

**Podaci o ustanovi**

|  |             |
|--|-------------|
| Puno poslovno ime<br>zdravstvene<br>ustanove i sjedište        |             |
| Trajanje prakse  | radnih dana |
| Mentor stručne<br>prakse (određuje i<br>popunjava<br>ustanova) |             |

U Brčkom, \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
Potpis studenta

|   |  |
|---|--|
| Saglasnost dekana Fakulteta zdravstvenih nauka<br>prof.dr. Rudika Gmajnić |  |
| Prijemni štambilj   |  |

Dostaviti:

- 1) U dosije studenta, i
- 2) Zdravstvenoj ustanovi u kojoj se obavlja praksa.

**M.P.**